

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM PSICOLOGIA  
MÉSTRADO EM PSICOLOGIA

JAQUELINE ALVES DA SILVA

**O PERIGO DE SER LOUCO!**

NITERÓI  
2019

JAQUELINE ALVES DA SILVA

**O PERIGO DE SER LOUCO!**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientadora:  
Professora Doutora Lilia Ferreira Lobo  
Coorientadora:  
Professora Doutora Ana Luiza G. dos Santos

NITERÓI  
2019

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG  
Gerada com informações fornecidas pelo autor

S586p Silva, Jaqueline Alves da  
O Perigo de Ser Louco! / Jaqueline Alves da Silva ; Lilia Lobo Ferreira, orientadora ; Ana Luiza Gonçalves dos Santos, coorientadora. Niterói, 2019.  
122 f. : il.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2019.m.01296084752>

1. Loucura e Manicômio judiciário. 2. Estado de exceção. 3. Perigo como verdade. 4. Direitos Humanos e. 5. Produção intelectual. I. Ferreira, Lilia Lobo, orientadora. II. Santos, Ana Luiza Gonçalves dos, coorientadora. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Psicologia. IV. Título.

CDD -

Aos meus amados pais, Loita e Valdemir (*in memoriam*) por tudo que fizeram por mim, ao longo da minha vida, principalmente, por todo amor e dedicação a mim ofertados.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por me guiar e abençoar nessa minha caminhada e por ter me presenteado com a minha amada mãe Loita, exemplo de vida, pessoa a quem devo toda a minha existência. Sem a senhora, certamente, eu não conseguiria superar tantos obstáculos. Ao meu amado pai Valdemir que, juntamente com minha mãe, guiou-me nos caminhos certos da vida. Embora já estejam no plano superior, estamos e estaremos sempre juntos pelo vínculo de amor. Minha eterna e profunda gratidão a vocês, meus amores eternos!

À minha orientadora, Doutora Lília Lobo Ferreira, por me aceitar no programa de Pós-Graduação dessa Universidade e pela dedicada e generosa orientação na produção desta pesquisa.

À minha coorientadora, Doutora Ana Luiza Gonçalves dos Santos, por ter aceitado me acompanhar neste percurso, por ter suportado as minhas angústias e me acalmado nos momentos que eu mais precisei.

Ao Doutor Francisco Ramos de Farias, pela generosidade de aceitar o convite para fazer parte da minha banca de qualificação e final; pelas contribuições preciosas, que fizeram enriquecer, ainda mais, esta pesquisa.

À Doutora Renata Costa Moura Dzu, pelo aceite de, também, participar da minha banca final e por suas contribuições potentes.

Ao meu querido companheiro Marcelo, pela paciência, carinho e compreensão em todas as minhas angústias, durante, a execução deste trabalho.

Aos meus sobrinhos, Thalita Costa e Thiago Costa, por me dedicarem tanto amor.

À minha amiga Fernanda Santos, que me tirou da escuridão na qual me encontrava. Você me devolveu o sorriso e a alegria luminosa de viver no momento mais difícil da minha vida.

A todos os mestres da Universidade Federal Fluminense, por despertarem em mim o desejo de saber mais.

Aos queridos pacientes do HCTP, por todas as trocas e por me tornarem um ser humano melhor.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente me ajudaram e torceram, para que eu chegasse até aqui; minha sincera gratidão!

## RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo proporcionar a reflexão sobre o objeto periculosidade e o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, com intuito de problematizar o cenário do louco infrator através da conceituação de vida nua, estado de exceção e campo de concentração. A temática possibilitou o entrelaçamento de diversas abordagens: Psicologia, Psiquiatria Forense, Sociologia, Direito e Filosofia. O mito da periculosidade, sustentado por especialismos de diversas áreas, faz com que os loucos infratores sejam banidos do espaço social e lançados em hospitais-prisão através do dispositivo medida de segurança, que faz que esses sujeitos não sejam abarcados pelos direitos fundamentais da Constituição Federal/88 e pelas normativas reguladoras das políticas públicas de atenção à saúde mental.

**Palavras-chave:** psicologia, periculosidade, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, estado de exceção, direitos.

## ABSTRACT

The present research aims to provide a reflection on the object of danger and the hospital of custody and psychiatric treatment, in order to problematize the scene of the crazy offender through the conceptualization of naked life, state of exception and concentration camp. The thematic allowed the interlacing of several approaches: Psychology, Forensic Psychiatry, Sociology, Law and Philosophy. The myth of dangerousness, sustained by specialisms from various areas, causes the crazy offenders to be banished from the social space and thrown into prison hospitals through the security measure, which makes these subjects not covered by the fundamental rights of the Constitution Federal / 88 and by the norms regulating the public policies of attention to mental health.

**Keywords:** psychology, dangerousness, hospital of custody and psychiatric treatment, state of exception, rights.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Veículo SOE (Serviço de Operações Especiais).....	82
Figura 2 – Paciente custodiado em estado desumano.....	96



## ABREVIATURAS E SIGLAS

AMPASA – Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-Ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CAMP – Centro de Apoio Médico e Perícia

CC – Casa Civil

CEBES – Comissão de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos

CF – Constituição Federal

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CRP – Conselho Regional de Psicologia

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

CTI – Comissão Intergestores Tripartite

ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GM – Gabinete do Ministro

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HPJ – Hospital Psiquiátrico Judiciário

HT – Hospital de Toxicômanos

IFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

ISP – Instituto de Segurança Pública

LEP – Lei de Execução Penal

MPF – Ministério Público Federal

MS – Ministério da Saúde

MS – Medida de Segurança

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

ONU – Organização das Nações Unidas  
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator  
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
RE – Recurso extraordinário  
REME – Movimento de Renovação Médica  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária  
SOE – Serviço de Operações Especiais  
SRT – Serviço de Residência Terapêutica  
ST – Saída Terapêutica  
STF – Supremo Tribunal Federal  
STJ – Superior Tribunal de Justiça  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFF – Universidade Federal Fluminense

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1 A BORDO DO DIÁRIO DE CAMPO: O COMPLEXO</b> .....	19
1.1 Primeiro Contato .....	19
1.2 Edificação Disfarçada.....	21
1.3 Edificação do Mal .....	21
1.4 Rotina dos “Corpos-Perigosos” .....	24
1.5 Marcas e Marcações .....	28
1.6 Outras Práticas: Compondo Ação .....	31
1.7 Uma Observação Necessária .....	38
<b>2 PRODUÇÕES DE SABER-PODER</b> .....	41
2.1 A Medicalização dos Hospitais Gerais: Construção de uma Epistemologia Hospitalar .....	41
2.2 Breve Histórico da Psiquiatria e a Emergência dos Manicômios .....	44
2.3 O Mito da Periculosidade .....	51
2.3.1 Da soberania ao controle disciplinar .....	51
2.3.2 Dos crimes monstruosos à produção do objeto periculosidade .....	55
<b>3 AS LEIS E SUAS CONTRADIÇÕES</b> .....	68
3.1 Reforma Psiquiátrica: Breve Percurso da Itália ao Brasil .....	68
3.2 Medida de Segurança: A Maldade Consentida pelo Estado .....	78
<b>4 CORPOS MATÁVEIS</b> .....	90
4.1 As Vidas que Não Merecem Viver .....	90
4.2 O Paradigma da Exceção .....	100
4.3 Desconstruindo o Mito da Periculosidade e os HCTPS: Tratamento e Não Punição .....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115

## INTRODUÇÃO

O objetivo desta dissertação é problematizar a produção do objeto periculosidade conferida às pessoas portadoras de transtornos mentais<sup>1</sup> em conflito com a lei. A periculosidade é entendida, nesta escrita, como um mecanismo de controle social punitivo, produtora de efeitos nefastos que buscamos investigar. Um deles, foco deste trabalho, é o aprisionamento desses indivíduos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), os outrora manicômios judiciários, estabelecimentos que, nesta pesquisa, são alvo de indagações sobre suas similaridades aos campos de concentração, no sentido de campo de exceção.

A motivação para o desenvolvimento, desta pesquisa, *continuum* da monografia de graduação, surgiu a partir da minha experiência de estágio<sup>2</sup> em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico<sup>3</sup> realizado, no período de janeiro do ano de 2015 a janeiro do ano de 2016.

Esse estágio me trouxe a oportunidade de conhecer as histórias e dramas das pessoas que se encontravam privadas de suas liberdades e de seus direitos mais básicos devido ao estigma de serem perigosas. A partir dessa experiência, percebi que o duplo rótulo de “louco-perigoso” cumpre o papel estratégico de instrumentalizar práticas de punição e segregação sob o manto de proteção via tratamento em hospitais-prisão.

Portanto, esta dissertação reflete os incômodos desta pesquisadora frente a essas práticas, disparando os seguintes questionamentos: Por que o conceito de

---

<sup>1</sup> Denominação utilizada na Lei 10.216/01, que: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Cumpre ressaltar que as denominações serão diferentes de acordo com o contexto: louco infrator, pois é usado pela maioria dos estudiosos no assunto, paciente-prisioneiro, quando estiver relacionado aos mecanismos prisionais que permeiam os HCTPs e paciente, quando estiver relacionado à equipe técnica e à minha percepção.

<sup>2</sup> Essa experiência de estágio foi possível pela aprovação em um concurso público realizado pela Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP). À época da realização do certame, acreditava que as vagas eram apenas para atuação em presídios. Fiquei sabendo da possibilidade de atuar nos HCTPs na entrevista, através da coordenadora de psicologia da SEAP. Só então, percebi que até aquele momento não me recordava dos manicômios judiciários, nunca havia tido aula ou indicações de leituras sobre o tema na faculdade. Contudo, lembrei-me de imediato da existência deles por ter acompanhado pela mídia casos de grande repercussão, muitos envolvendo assassinatos com crueldade, com apelo forte ao sensacionalismo nos noticiários que induziam à população a terem medo dos “loucos”. Ademais, discussões acerca do fato de considerar uma pessoa, que cometeu delito doente mental, poderia ser estratégia de seus advogados para a livrarem da prisão e, conseqüentemente, de sua impunidade.

<sup>3</sup> Não identificamos o HCTP por entendermos que as problematizações trazidas, a esta pesquisa, não são individualizadas a esse estabelecimento, mas comum a todos, como também por uma questão de ética e respeito aos profissionais e aos pacientes.

periculosidade atribuído ao louco permanece até os dias atuais? Por que mesmo após a promulgação da Lei 10.216/01<sup>4</sup> e outras normativas, que tornaram os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos completamente ilegais, esses estabelecimentos ainda existem em plena atividade?

De antemão, informamos que o título, desta dissertação, anuncia uma provocação explícita, primeira pista dos alinhavos travados no texto sobre a trama forjada da presunção de periculosidade, estratégia da articulação das práticas discursivas de saber-poder médico-psiquiátrico e jurídico-penal para tutelar os loucos infratores em uma das instituições de sequestro dos “degenerados sociais”.

Observamos que esses jogos estratégicos de poder dos discursos<sup>5</sup> das políticas públicas de segurança, do sistema jurídico penal brasileiro e da mídia sensacionalista se apoiam na noção de perigo social que deve ser combatido, com extremo rigor, sob o fausto de defesa da sociedade.

Segundo Foucault (2014) a alocação do perigo social está estritamente ligada ao discurso do medo que atrelado ao discurso de moralização tem a finalidade de localizar o “perigo”, para distanciá-lo do meio social. Dessa forma, tratam-se de estratégias legitimadoras de práticas arbitrárias e despóticas, que visam à punição e o controle social de determinados segmentos da sociedade<sup>6</sup>: pobres, negros, moradores de comunidades, refugiados, pessoas em situação de rua, entre outros; tais como os loucos infratores privilegiados nesta pesquisa.

Outrossim, infere-se que as nossas leis penais e saberes científicos, com seus enunciados de “verdade”, constroem o imaginário da periculosidade dos indivíduos; enquanto que a mídia e as políticas de segurança pública corroboram com a localização e o controle dos perigosos, com total rigor, por meio do encarceramento seja em hospitais-prisão, hospitais psiquiátricos ou presídios – e, muitas vezes, pela eliminação.

---

<sup>4</sup> Essa lei, denominada por muitos como a lei da reforma psiquiátrica, é um marco na história das pessoas portadoras de transtornos mentais em nosso país, tendo como maiores conquistas: o reconhecimento de seus direitos de cidadão e o posicionamento de que o tratamento dessas pessoas deve ser territorial em meio aberto.

<sup>5</sup> Para Foucault (2006a: 253) todo discurso é um acontecimento que traça estratégias para produzir efeitos: “O tipo de análise que pratico não trata do problema do sujeito falante, mas examina as diferentes maneiras pelas quais o discurso desempenha um papel no interior do sistema estratégico em que o poder está implicado, e para o qual o poder funciona [...]”.

<sup>6</sup> Entendemos, portanto, tratar-se de mecanismos de higienização social. Dispositivos estratégicos a serviço da segregação e da denegação da vida de determinada camada populacional.

Para Foucault (2008) cada estrato histórico tem seu estatuto de verdade, ou seja, os tipos de discursos que são eleitos como verdadeiros. Essas práticas discursivas constituem saberes, que se encontram intrinsecamente ligadas a pessoas legitimadas a falar, cujo poder lhes permite dizer a “verdade”.

Nas palavras do autor:

Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico [...]; é o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...]; um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...]; finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso [...]; toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma (FOUCAULT, 2008, pp. 204-205).

Nesse sentido, o objeto louco-perigoso insurgiu, no início do século XIX, a partir das práticas discursivas, dos jogos de poder, das disputas e interesses díspares da psiquiatria e do direito penal, em um período de grandes transformações no contexto político-econômico e social, concomitantemente, com a emergência da sociedade disciplinar.

De tal sorte, uma vez tracejado o objeto periculosidade fez-se valer práticas e normas, desenvolvendo toda uma gama de distorções sobre a figura do louco que se cristalizou como sendo perigoso e um risco ao tecido social.

Frisa-se que a periculosidade é o pilar fundamental para determinação da Medida de Segurança (MS), que de acordo com o nosso ordenamento penal, trata-se de um dispositivo<sup>7</sup> jurídico de absolvição imprópria, que despenaliza as pessoas portadoras de transtornos mentais que praticam delitos, se comprovada por meio de exame de sanidade mental<sup>8</sup> a sua incapacidade de entender o ato delituoso, no

---

<sup>7</sup> Nas palavras de Foucault (1999a, p. 244) dispositivo é “[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos”.

<sup>8</sup> Os exames são realizados por perícia psiquiátrica. Esses exames/discursos, que modelam a decisão da justiça, segundo Foucault, merecem atenção, visto que matam e fazem rir. Tais discursos de crítica e ironia, ubuescos, buscam superestimar o resultado de poder desqualificando aqueles que os geram, mas de forma proposital. Pois: “O caricato é um dos mecanismos essenciais da soberania arbitrária” (FOUCAULT, 2014, pp. 11-12).

momento de seu cometimento; aplicadas aos inimputáveis<sup>9</sup> e semi-imputáveis – os denominados loucos infratores.

Para Zaffaroni (2007) o conceito de periculosidade associado à pessoa faz com que a mesma esteja na condição de “coisa”, isto é, faz com que tratemos o ser humano como mera mercadoria, percebendo-o como algo descartável e, assim, não lhe damos a atenção e o cuidado devidos.

No que tange à medida de segurança, as mesmas foram referendadas pela primeira vez no Código Penal (CP) Brasileiro de 1940, sofrendo alterações em sua parte geral em 1984, por meio da Lei 7.209/84, que pelo seu conservadorismo reafirmou tal medida.

Assim sendo, ressaltamos a importância da escolha em fazer uma análise crítica das práticas discursivas psiquiátricas e penais em suas diferentes modulações históricas, para imprimir ao louco o “*status científico*” de perigoso, passível de encarceramento ou custódia para “tratamento”.

De igual maneira, entendemos a emergência da problematização do processo de institucionalização dos loucos infratores nos HCTPs como produtor de sofrimento-morte reflexo dos assujeitamentos violentos diários e contínuos, de maneira que – os taxados perigosos – correm riscos do afastamento social perpétuo ao adoecimento e morte nos contextos manicomial-prisional. De tal forma, questionamos: não serão os loucos que correm perigo?

A respeito do conceito de problematização, Lazzarato (2014, p. 127) salienta que para Foucault “[...] o poder de apresentar problemas é um poder de politização, isto é, um poder de introduzir novos objetos e novos sujeitos dentro do espaço da política e de torná-los as balizas de uma polêmica e de uma luta”.

Logo, pôr em questão a periculosidade atribuída aos loucos é lutar contra esses discursos ardilosos, é franquear a possibilidade de se fazer perceber a loucura como não perigosa e, assim, vislumbrar novas formas de produção de diferentes maneiras da sociedade se relacionar com o louco, que não seja a do medo e da discriminação. É buscar construir enunciados que abalem as acepções

---

<sup>9</sup> São também considerados inimputáveis, conforme o artigo 27 (CP): “Os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial”. Normas constantes no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei 8069/90 (BRASIL, 1990, s.p.).

dominantes impostas pelos jogos de forças dos discursos de “saber-poder-verdade” que promovem a desfiliação desses indivíduos do espaço coletivo.

Intentamos nesta escrita, portanto, possibilitar a produção de novas subjetivações possíveis, não só para os loucos infratores, como também para os “excluídos de todos os gêneros” subjugados por narrativas de controle e sujeição dos “*experts*” diversos. Que esta dissertação, então, sirva como linha de fuga<sup>10</sup> para combater fabricações de subjetividades seriais e colonizadas, como as dos loucos infratores, que vivem uma “vida nua” - uma vida desqualificada - matável e insacrificável do *homo sacer*<sup>11</sup>, incluída somente por meio de sua exclusão.

De tal modo, entendemos que os loucos infratores subsistem em pleno estado de exceção, em condições bem mais precárias e vulneráveis que os presos comuns, pois estes são reconhecidos como sujeitos de direitos, enquanto aqueles, em cumprimento da MS de internação, são destituídos dos seus direitos mais básicos, portanto, das suas condições de cidadãos.

Assim, colocamos em evidência o caráter ético e político, desta pesquisa, que não objetiva somente denunciar, mas construir discursos polifônicos, produzir ressonâncias que possam dar visibilidade a verdadeira condição desses (não) sujeitos pela contenção psiquiátrica-penal consentida pelo Estado, para com isso sensibilizar o maior número de pessoas possíveis, a fim de ajudá-los a sair dessa realidade desumana.

Sob essa perspectiva, discorreremos sobre dois programas exitosos que são efetivados em dois estados brasileiros: Minas Gerais – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ) e em Goiás – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI). Esses programas privilegiam o tratamento nos dispositivos substitutivos com base territorial, em total harmonia aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Para concretização dos nossos propósitos, adotamos uma metodologia de pesquisa qualitativa, que busca a compreensão da realidade humana em interação com o seu meio social, ela é feita no cotidiano da existência das pessoas, grupos, instituições. Esse tipo de pesquisa busca analisar a realidade social de forma

---

<sup>10</sup> Traçar linhas de fuga, conforme Deleuze nos propõem, é fazer novos arranjos, realinhar produzindo algo novo no real. É encontrar uma arma para lutar (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

<sup>11</sup> *Homo Sacer* é uma figura do Direito Arcaico Romano, o qual tinha sua vida matável, contudo insacrificável, isto é, não podia ser sacrificado, mas quando morto, quem o matou, não era considerado homicida (AGAMBEN, 2014).



empírica; trabalha com uma gama de significados, crenças, sentimentos, ações de construção de histórias de vida e relações, entre outros fenômenos humanos. O pesquisador torna-se parte fundamental no processo de pesquisa através de sua vivência no campo (MINAYO, 2001; ANGROSINO, 2009).

No processo investigativo, lançamos mão de recursos fundamentais desse modelo de pesquisa, tais como: a observação participativa, a revisão bibliográfica, dentre outros, além dos relatos de fragmentos de alguns casos retirados do meu diário de campo, que foram de extrema importância no sentido de investigar a porta de entrada do sistema penal para o louco infrator e os entraves nas tentativas de portas de saída, bem como sustentar a proposição que os HCTPs, em sua forma estrutural, apresentam compatibilidade aos campos de concentração. Dessa maneira, todos os pólos foram contemplados nesta análise: os especialistas (perito-psiquiátrico, juiz e profissionais das equipes técnicas), os profissionais da equipe de segurança e as vozes dos pacientes que não ficaram silenciadas, mas ecoaram por meio deste trabalho. Nesse processo, os autores Foucault, Agamben, Spinoza, Levi, Rauter, Amarante, Barros-Brisset, Zaffaroni e Venturini foram referências centrais.

Por sabermos se tratar de abordagens tão plurais e complexas, sobretudo, por serem desconhecidas pela grande maioria da sociedade, inclusive, por esta pesquisadora até iniciar o referido estágio, e com o intuito de que qualquer leitor possa compreender a urgência dessas problematizações, buscamos resgatar no passado breves raízes históricas que possibilitaram o surgimento do aparelhamento construtor dessa temática. Pois acreditamos na força do coletivo, seguindo os ensinamentos de Spinoza (2015), para realização das grandes transformações.

O trabalho foi organizado em quatro partes com suas respectivas subdivisões:

Na primeira parte, denominada 'A BORDO DO DIÁRIO DE CAMPO: O COMPLEXO', buscamos aproximar o leitor ao campo, desta pesquisa, por meio de minhas lembranças, percepções e sentimentos. Para tanto, discorreremos sobre o espaço arquitetônico e a dinâmica de seu funcionamento, os jogos de forças que atravessam o local; destacamos a situação dos pacientes, as condições degradantes em que eles sobrevivem; além das características e relações dos profissionais, nessa instituição, de sequestro<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> As Instituições de sequestro, para Foucault, têm por finalidade a exclusão e a normalização do indivíduo. "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

Na segunda parte, denominada 'PRODUÇÕES DE SABER-PODER', dedicamos a percorrer o trajeto que possibilitou a construção do objeto periculosidade, a maneira pela qual o saber-poder de duas disciplinas, psiquiatria e direito, se articularam com seus regimes discursivos para que esse objeto emergisse e se faça presente, ainda, hoje. Revisitamos acontecimentos que foram relevantes para essa construção, com base, principalmente, nas obras dos autores Foucault, Rauter e Barros-Brisset.

Na terceira parte, denominada 'AS LEIS E SUAS CONTRADIÇÕES', abordamos as normas legais destinadas à proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, destacando a Lei 10.216/01 e a Constituição de 1988 em contraponto ao ordenamento jurídico penal do dispositivo medida de segurança.

Na última parte, denominada 'CORPOS MATÁVEIS', trazemos dados oficiais, que mostram a condição de barbárie dos custodiados nos HCTPs e Alas psiquiátricas no Brasil, bem como alguns dados sobre a matabilidade "dos excluídos sociais", no estado do Rio de Janeiro, com o propósito de amparar a hipótese que determinados estratos sociais, dentre eles e, em relevo, os pacientes-prisioneiros vivem "vidas sacer". Para tanto, problematizamos sobre os conceitos de biopolítica, tanatopolítica, racismo de estado e estado de exceção. Na sequência, dissertamos sobre dois programas: PAI-PJ e PAILI, que encontram formas de lidar com os loucos infratores sem ser apartando-os da sociedade.

Por fim, 'AS CONSIDERAÇÕES FINAIS'.

---

hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos. O mesmo acontece com a casa de correção ou com a prisão. Mesmo se os efeitos dessas instituições são a exclusão do indivíduo, elas têm como finalidade primeira fixar os indivíduos em um aparelho de normalização dos homens" (FOUCAULT, 2002, p. 114).

## 1 A BORDO DO DIÁRIO DE CAMPO: O COMPLEXO

*Desse modo brutal, oprimidos até o fundo, viveram muitos homens de nosso tempo; todos, porém, durante um período relativamente curto. Poderíamos, então, perguntar-nos se vale mesmo a pena, se convém que de tal situação humana reste alguma memória. A essa pergunta, tenho a convicção de poder responder que sim. Estamos convencidos de que nenhuma experiência humana é vazia de conteúdo, de que todas merecem ser analisadas; de que se podem extrair valores fundamentais (ainda que nem sempre positivos) desse mundo particular que estamos descrevendo. Desejaríamos chamar a atenção sobre o fato de que o Campo foi também (e marcadamente) uma notável experiência biológica e social.*

LEVI<sup>13</sup>

Esta parte se propõe a aproximar o leitor ao campo da pesquisa: o tempo pulsante da minha experiência de estágio. Fiquei me perguntando, como fazer? Por onde começar? Senti a necessidade de iniciar pelo complexo arquitetônico que forma o HCTP, mas não como uma simples descrição das edificações, sobretudo, para narrar os fragmentos das histórias acompanhadas, os acontecimentos vivenciados, as impressões e afetos em mim despertados no desenrolar dessa experiência<sup>14</sup>. Desse modo, essa história, que é escrita a partir de mim, fala sobre muitos. Ao começar assim, pretendo que o leitor vislumbre como é estar nesse local através do meu olhar e possa se afetar e se mobilizar como eu.

### 1.1 Primeiro Contato

Cheguei ao bairro do hospital com certa antecedência – afinal, era o dia da entrevista com a psicóloga, minha futura supervisora. Numa rua comprida e meio deserta, nada acolhedora; avistei apenas algumas pessoas em situação de rua. Após alguns minutos, cheguei ao seu final sem localizar nenhuma edificação com característica de um hospital. Retornei meio ansiosa e já achando que estava na rua errada, eis que avistei a edificação, totalmente, contrastante da imaginada.

---

<sup>13</sup> LEVI, 1988, p. 127.

<sup>14</sup> Por tal motivo, esta parte será escrito em primeira pessoa.

Edificação com muros altos, brancos e cerca de arame farpado por toda sua extensão; um portão grande de ferro com uma portinhola; ao alto, uma placa desbotada em que mal se conseguia ler o nome do hospital. Toquei a campainha e apareceu, parcialmente, o rosto de um homem na portinhola. Informei o motivo da minha visita; ele abriu o portão, porém inspecionou todos os lados antes de me deixar entrar. Assim que entrei, notei, à direita, um banco grande de madeira e, à esquerda, uma guarita.

O homem – inspetor penitenciário –, meio sisudo e com voz grave, solicitou que eu deixasse meu celular desligado na portaria e registrasse a minha entrada em livro-ata. Instantaneamente, pensei que estava num lugar estranho e sem qualquer tipo de comunicação externa, situação que me deixou incomodada e já me senti esquadrihada no poder normalizador da instituição.

A psicóloga veio ao meu encontro, e seguimos para a sala das equipes técnicas. No caminho, passamos por uma primeira edificação e, rapidamente, estávamos em frente ao portão<sup>15</sup> principal do hospital-prisão. Passamos por outro inspetor e continuamos o percurso para a sala das equipes técnicas; lugar escuro, nada hospitaleiro. No sentido contrário ao nosso destino, escutei alguns gritos que me assustaram, por isso instintivamente olhei para o local e só consegui ver algumas mãos, que nos convocavam apelativamente por através de grades. Fiquei perplexa, mas calada. Imediatamente, lembrei-me dos hospitais<sup>16</sup> em que estagiei e dos que entrei ao longo da minha vida e não consegui encontrar nenhuma semelhança, ao contrário, só associava o local a um presídio.

Na entrevista, era nítido o meu mal-estar; a psicóloga, atenta, começou a me explicar os mecanismos institucionais, relatando que o lugar funcionava, basicamente, como uma prisão. Ressaltou que eram as equipes técnicas, não sem muitos esforços e tensões, que o aproximavam o quanto podiam de um hospital *lócus* de tratamento.

Saí muito impactada com o cenário prisional, com o qual me deparei, porém senti que em um local de controle e confinamento como percebido, haveria a possibilidade de construção de cuidado pela intervenção das equipes técnicas. Ou seja, a percepção de “aridez” que senti da instituição pôde ser amenizada pelos

---

<sup>15</sup> Ao lado desse portão há outra guarita, local que ficavam vários inspetores penitenciários.

<sup>16</sup> Hospital geral para os ditos “normais” e hospital-dia particular para pessoas portadoras de transtornos mentais.

fazer e dizer anunciados, naquele primeiro encontro, com a supervisora. Contudo, percebi, de imediato, que o estabelecimento seguia na contramão da luta antimanicomial, conseqüentemente, da Reforma Psiquiátrica.

## 1.2 Edificação Disfarçada

A primeira edificação a ser avistada escondia, parcialmente, a outra, não por acaso. Totalmente sem grades, arejada, limpa e clara; comportava a área administrativa e o auditório do complexo. Expunha, logo na entrada, trabalhos artísticos feitos outrora pelos pacientes-prisioneiros; uma espécie de mini museu. Com uma atmosfera acolhedora era o cartão de visitas da suposta humanização do hospital-prisão. Afinal, nesse local, reuniam-se uma vez por mês, num fórum interinstitucional, atores sociais<sup>17</sup> para discutirem as mazelas dos que sofrem as medidas punitivas do encarceramento nos hospitais-prisão: os possíveis caminhos para a desinstitucionalização dos pacientes e o fechamento desses estabelecimentos. De tal maneira, o que se procurava mostrar era uma instituição implicada não só no tratamento, mas, igualmente, na recolocação de seus internos no espaço social. Em outras palavras, o que estava em questão era a visibilidade externa, já que os convidados para os fóruns apenas se restringiam a esse espaço e, possivelmente, saíam com uma impressão positiva do lugar.

Por isso, sob minha perspectiva, a verdadeira função dessa organização espacial era disfarçar a obscura e cruel história do prédio situado logo à frente, separado apenas por uns poucos passos – o hospital-prisão – lugar causador de grandes sofrimentos físicos e subjetivos às pessoas que lá se encontravam custodiadas, independente, da tentativa de oferta interna de cuidados em saúde mental pelas equipes técnicas. Não é à toa, a meu ver, que o nome ‘custódia’ posiciona-se à frente do nome ‘tratamento’ na designação desses estabelecimentos, marcando assim o lugar de supremacia da prisão.

## 1.3 Edificação do Mal

---

<sup>17</sup> Profissionais das equipes técnicas do próprio HCTP e de outros, da rede de atenção psicossocial e assistência, do judiciário – Ministério Público, Defensoria Pública –, além de estudantes e pesquisadores de várias instituições.

A segunda edificação, o hospital-prisão, apresentava portão<sup>18</sup> com grades de ferro, cadeado e, invariavelmente, encontrava-se vigiado por inspetores penitenciários responsáveis por controlar a circulação de pessoas e de objetos. Ao atravessarmos o portão, imediatamente, sentíamos a atmosfera “pesada”. Olhares sempre vigilantes nos espreitavam, vozes: gritos de comando de uns e de desespero de outros.

Essa construção, completamente, diferente da anterior, era composta por dois andares. No primeiro andar, num longo corredor em forma de T com paredes cinza, como a refletir toda nebulosidade do lugar, havia diversas salas; destaco as seguintes: a sala das equipes técnicas; três consultórios para atendimento, esses bem precários, como tudo no local, somente, um com maca e torneira e a “enfermaria” de crise. Na verdade, era uma cela individual com três macas para os casos de doenças clínicas mais graves, que necessitavam de maior atenção, também, utilizada para dar banho nos pacientes-prisioneiros não autônomos (física ou mentalmente). Sobre isso, uma cena inesquecível em minha memória, dentre muitas – um banho coletivo de alguns custodiados: numa fila, homens nus recebiam jatos de água fria, diretamente, de uma mangueira controlada por outro custodiado, que trabalhava na ‘faxina’, sob a supervisão de um inspetor penitenciário. Recordo-me perfeitamente dos corpos frágeis, encolhidos e trêmulos e, da forma com a qual o inspetor gritou comigo, ao notar minha presença no corredor, assistindo a degradante cena. Aos berros, perguntou-me o que eu estava fazendo ali e sem esperar a resposta, continuou: “Já disse para você que aqui os estagiários não podem circular, volta agora para a sala das equipes”<sup>19</sup>. Claro, fiz o que ele me ordenou, sem pensar duas vezes. Estava tão estarrecida com a cena que, no momento em que ele gritou, assustei-me, meio atordoada, parecia estar acordando de um pesadelo; quase correndo, saí do local. Já na sala das equipes técnicas, ainda aturdida, comentei o acontecido às outras duas estagiárias que, igualmente, estarrecidas com o narrado, acalmaram-me. De fato, já havia sido informada que não deveria ir para aquele lado do corredor – exatamente o local onde avistei mãos em gesto de apelo, durante, a minha primeira visita ao estabelecimento – pela seguinte justificativa dos inspetores penitenciários: os presos podiam nos agredir

---

<sup>18</sup> Todos os portões desse prédio possuem as mesmas características.

<sup>19</sup> Relato retirado do diário de campo, conforme todos que se seguirão ao longo deste trabalho, somente, dois, maiores de três linhas, serão referenciados. Os que não forem relacionados ao diário de campo, igualmente, serão devidamente referenciados.

através das grades, ou seja, por questão de segurança. Ora, estava bem clara para mim a verdadeira razão do impedimento: era para nós, estagiárias, não vermos aquele tipo de cena e outras tantas que ocorriam do outro lado do corredor e das grades.

Foi essa lembrança específica que, à primeira vista, levou-me a uma analogia entre os hospitais-prisão e os campos de concentração, principalmente, por já haver lido o relato de Primo Levi sobre suas experiências como um prisioneiro de um desses campos:

Devemos formar filas [...] a seguir, despir-nos [...] e assim fazemos, porque tudo já acabou, sentimos que estamos fora do mundo, que só nos resta obedecer. Estamos nus à espera da ducha e da desinfecção [...] De repente, a água sai [...] tudo isto é apenas um enorme aparato para caçoar de nós e rebaixar-nos (LEVI, 1988, pp. 20-24).

O elemento comum nessa analogia é, sem dúvida, a “vida nua” desses indivíduos, conforme o modo que a pensou Agamben (2014). Mas retornemos ao relato da minha experiência, que chamo de “edificação do mal”, antes de elevá-la a níveis mais abstratos de análise, que se darão na parte 4.

Nesse andar, ainda havia o primeiro complexo de celas<sup>20</sup>, que, em tese, deveriam ser quartos ou enfermarias. Tais celas dispunham de camas de cimento e colchonetes, a maior parte rasgado; uma privada, chamada pelos pacientes-prisioneiros de “boi” – buracos no chão –; chuveiros com água fria ou apenas canos. Em algumas delas, não havia acesso à água nem por meio de pias; além das terríveis “trancas”, denominadas pelos inspetores penitenciários de enfermarias individuais, que, de fato, não passavam de celas para “castigo” e “punição”. Essas, só se constituíam por uma cama de cimento e o “boi”, destinadas aos considerados desviantes das normas estipuladas pelo sistema prisional. O ato de trancar provocava muitos atritos entre os inspetores penitenciários e as equipes técnicas, que se posicionavam, totalmente, contrárias à utilização desse dispositivo disciplinador punitivo.

Pelo lado de fora de todas as celas, a visibilidade interna era total; o local de higiene pessoal era separado por um minúsculo muro, que não cumpria a função de proteger a intimidade dos pacientes-prisioneiros. Isto é, eles não tinham direito a

---

<sup>20</sup> Reservadas aos pacientes-prisioneiros impossibilitados, por problemas de saúde ou locomoção, de subirem as escadas que davam acesso às celas superiores.

nenhum tipo de privacidade, que denotava uma visibilidade panóptica<sup>21</sup>. Diferente do que observamos nos presídios brasileiros, uma vez que não podemos identificá-los como estabelecimentos panópticos, de contornos disciplinares, tendo em vista que são comandados, em sua grande maioria, por facções criminosas e, completamente, sem controle pelos inspetores penitenciários, portanto, pelo Estado.

No segundo andar, espaço composto por várias celas de mesmo aspecto, das já citadas, só que bem mais fétidas e asfíxiantes devido ao tamanho reduzido dos basculantes, que impediam o mínimo de ventilação apropriado ao abrigo dos internos; além de uma “cantina” e de um salão que dispunha de uma televisão danificada e uma sinuca. Nesse complexo, os profissionais das equipes técnicas só se dirigiam nas ocasiões em que um paciente se recusava a descer para ser atendido, por algum tempo e acompanhados por, no mínimo, dois inspetores penitenciários. Estive nesse andar apenas uma vez, confesso que foi horrível! Local deprimente e de aspecto macabro. Todo o ambiente era insalubre, sufocante e com um cheiro nauseante da mistura de cigarro, urina, fezes e descaso!

Por mais que eu tente ser detalhista, não há como descrever o terror do espaço físico do hospital-prisão, só estando no ambiente para ter a real noção. Para além desse espaço, existe um muito pior: o espaço simbólico de significados de extrema destruição e mortificação que as engrenagens disciplinares causam às subjetividades das pessoas encerradas em tais estabelecimentos.

#### 1.4 Rotina dos “Corpos-Perigosos”

A rotina dentro do hospital-prisão para os pacientes-prisioneiros era meticulosamente rígida e controlada; homogeneizadora e de pura subserviência. O dia começava às 7h da manhã com a abertura das celas, momento do “confere” dos pacientes-prisioneiros e da escolta ao refeitório para o desjejum. Seguia-se a isso, o

---

<sup>21</sup> O panóptico de Bentham trata-se de “[...] uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel, a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; ela tem duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar [...]. O panóptico é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder” (FOUCAULT, 1999b, pp. 165-169). Não precisa ter ninguém na torre, porque os custodiados não conseguem saber se há ou não alguém no local, por isso ele é uma engrenagem de controle fantástica, porquanto os presos se sentem vigiados o tempo todo.



banho de sol. Às 11h, servia-se o almoço, no refeitório, durante o qual ocorria a distribuição antecipada do lanche da tarde. Em seguida, retornavam às alas gradeadas. Por volta das 16h, voltavam ao refeitório para o jantar. Após, um novo “confere”, eram escoltados às celas, que ficavam trancadas a partir das 18h. As luzes permaneciam acesas, para possibilitar a mais total vigilância. No verão, o calor era infernal, além de proliferarem os insetos; já no inverno, o frio era cortante, porque não tinham cobertas adequadas para suprir a friagem que afligia seus corpos. Diziam que mal conseguiam dormir, pois escutavam gritos, choros vindos de outras celas ou até mesmo de alguns companheiros de suas próprias celas. Relatavam, ainda, que se sentiam temerosos por saberem que estavam sob total e único controle dos inspetores penitenciários. Entre uma “cochilada” e outra, nas palavras deles, acordavam assombrados, pois temiam não chegarem vivos ao amanhecer. As noites dos pacientes-prisioneiros eram envoltas por “assombrações” em face do mais completo desamparo.

Em relação às refeições, eles denunciavam que em diversas ocasiões serviram-lhes comida em condições duvidosas. Comiam em “companhia” de pombos, pois as janelas do refeitório se encontravam com vários vidros quebrados, o que facilitava a circulação dessas aves no local, por conseguinte, excrementos e penas eram encontrados em seus pratos na hora das refeições; a janta era uma “sopa rala e nojenta”. Além disso, bebiam água diretamente da torneira, totalmente, imprópria ao consumo e com gosto ruim, pois não havia um procedimento de limpeza da caixa d’água, de modo que se encontrava sempre suja, sendo condição para a multiplicação das mais variadas espécies de larvas e insetos, inclusive, de baratas que apareciam com frequência através das torneiras, segundo narravam os mesmos.

Essas narrativas, também, se aproximam dos relatos de Primo Levi, no livro ‘Assim foi AUSCHITZ’ (2015, p. 13), das suas vivências no campo de concentração:

A alimentação, de quantidade insuficiente, era de má qualidade [...] à noite [...] sopa desprovida de componentes gordurosos. Raramente se podia encontrar algum fio de carne. Já a água era altamente duvidosa [...] de cor amarelada; com um gosto entre metálico e sulfuroso.

Alguns pacientes-prisioneiros desprovidos de qualquer benefício do Estado recebiam uma pequena quantia, semanalmente, ao trabalharem na faxina, na lavanderia ou na cantina. O valor variava de acordo com o serviço e o discernimento

de cada um. Por tal motivo, a higiene do local era péssima, pois não era realizada por pessoal especializado. Realço que para alguns profissionais do estabelecimento os serviços executados pelos internos eram atividades terapêuticas. A meu ver, não passava do mais abusivo aproveitamento de mão-de-obra barata aprisionada.

Nos dias de atendimento, pelos profissionais das equipes técnicas, os pacientes-prisioneiros, tendo o aval do chefe da segurança, eram chamados e ficavam aguardando amontoados na escada a sua vez. Após o atendimento, voltavam às suas alas. Essa permissão era necessária para qualquer outra atividade, inclusive, com relação às visitas que podiam ser suspensas pela justificativa prioritária do local: questão de segurança. Não havia acomodação para os visitantes dos internos. O banco grande de madeira que descrevi, logo no início deste capítulo, destinava-se apenas aos visitantes dos profissionais do estabelecimento, nunca aos visitantes dos pacientes-prisioneiros. Esses últimos costumavam esperar do lado de fora, em pé, independente, das condições climáticas sob as quais se dispunham, correndo risco de serem assaltados, porque a rua, além de deserta, ou talvez por isso, era perigosa. Logo, ficava perceptível o descaso e a penalização dispensados, igualmente, aos parentes dos que ali se encontravam custodiados. Afinal, eles, igualmente, sofriam pela lógica de desqualificação dos excluídos sociais.

De tal modo, não foi difícil deduzir, logo de início, quem mandava e dava as ordens no hospital-prisão: os inspetores penitenciários. Eles que organizavam, comandavam, fiscalizavam, puniam, disciplinavam e controlavam, não só o espaço, mas os corpos que lá se encontravam sequestrados e, em certa medida, os nossos próprios corpos (equipe técnica).

A ociosidade dos internos, também, era controlada e subjugada à lógica correcional e à normativa institucional. Na maior parte do tempo, o ócio se apresentava como resultante da medicação. Os mais dopados ficavam prostrados em seus leitos ou, então, vagavam alienadamente pelos corredores das alas gradeadas. A medicação era administrada pelos enfermeiros<sup>22</sup> e distribuída pela

---

<sup>22</sup> Os enfermeiros não circulavam pelo hospital-prisão, permaneciam encastelados no seu setor. A maioria só se comunicava com os pacientes-prisioneiros através das grades, para dar a medicação ou quando os pacientes-prisioneiros eram transferidos para a enfermaria de emergência. Isso porque, segundo relatos dos próprios enfermeiros, tinham medo dos pacientes-prisioneiros. Questiono: será que isso demonstra a não habilitação desses profissionais para trabalharem nestes locais ou é mais um sinal, uma resposta que positiva à trama da falácia chamada periculosidade dos loucos?

grade, diretamente, nas mãos dos internos, de maneira que não existia supervisão se eles ingeriam ou não a medicação. À vista disso, havia um comércio interno de psicotrópicos por alguns deles. Inclusive, alguns cheiravam comprimidos esmagados, como se fossem cocaína para obter “onda”, assim, diziam. E quando havia suspeita da entrada de drogas no retorno da saída terapêutica (ST)<sup>23</sup> de algum paciente-prisioneiro, esquadrihavam-lhe o corpo com purgante compulsório.

Os mais resistentes às regras institucionais eram submetidos às “bicudas” – além das trancas – uma gíria para as medicações injetáveis, causadoras de vários efeitos desagradáveis<sup>24</sup> de que os pacientes-prisioneiros se queixavam, demasiadamente, do consumo forçado (compulsório). Os efeitos colaterais poderiam ser evitados ou amenizados pela administração de antialérgicos, geralmente, em falta ou inadequados. Penso que a intenção era mesmo essa, afinal, os discursos de saber-poder dos *experts* do sistema prisional (administradores penitenciários) correspondiam a um mesmo juízo: “Ora, que se danem os efeitos colaterais. Se fizeram sofrer, merecem sofrer! São bandidos, assassinos, estupradores, monstros...”, discursos frequentes, sem qualquer distinção de suas condições de imputáveis em local de tratamento. Eles eram assemelhados aos demais presos em carceragens comuns, na contramão das leis de proteção de seus direitos. De maneira que, o nexos discursivo reinante no local era: “bandido bom é bandido morto!”. Nexos discursivo que desliza para sociedade e fundamenta o sentimento de vingança e total desrespeito em relação a essas pessoas e legitima tais situações bárbaras seja nos hospitais-prisão, nas penitenciárias ou em qualquer outro local de correção que existem em excesso em nosso país.

Nesse estabelecimento, os custodiados eram silenciados em praticamente todas as suas tentativas de manifestação. Eram despojados de seus pertences, de seus documentos e obrigados a utilizar somente as roupas e os calçados previamente estipulados. Namorar? Direito de qualquer presidiário, nem pensar! Eram levados à tranca quando pegos, fato que os deixavam muito frustrados. Outra reclamação constante: não poderem receber visitas íntimas, igualmente, direito de qualquer custodiado em presídio. Além de, não terem acesso à educação, direito

---

<sup>23</sup> Saídas concedidas judicialmente através de avaliação realizada pela equipe técnica. As saídas terapêuticas eram acompanhadas, ou não por um profissional, para recebimento de benefícios, vinculação em dispositivo de saúde mental ou para visita/vinculação com a família.

<sup>24</sup> Tais como: lentificação, sonolência, rigidez muscular, tiques, taquicardia, gagueira, além de impotência.

que também lhes era usurpado, entre outros. Enfim, seus corpos, gestos, gostos e comportamentos eram controlados, colonizados e sujeitados o tempo todo, sem a menor cerimônia.

Punições, xingamentos e desqualificações eram comuns. Estavam à deriva em um “mar sombrio” de penitências e contenções executadas pelo poder arbitrário que regia o local, inclusive, pela lei do mais forte que se reproduzia entre eles próprios. Eram corpos ultrajados e maculados pela violência institucional, pessoas que sofriam física e subjetivamente no cotidiano de suas subsistências. As condições em que sobreviviam eram tão violentas e indignas que muitos pediam para voltar aos presídios de onde vieram, antes de terem suas penas convertidas em medida de segurança.

Percebi, assim, situações concretas das “vidas nuas” dessas pessoas. Em que a realidade se impunha, implacavelmente, de forma bárbara num sistema de pura perversidade e dominação. Sob o pretexto de tratamento em saúde mental o que se desenvolvia, de fato, no hospital-prisão eram práticas seculares de confinamento, punição, disciplina, moralização e abuso a pessoas consideradas desviantes das normas sociais. Práticas essas, que marcavam suas vidas suscitando um *continuum* de sofrimento e dor. Sofrimento que, de maneira diferente, mas não sem dor, criaram marcas em mim.

### 1.5 Marcas e Marcações

No meu primeiro dia no hospital-prisão, como estagiária, estava de carro. Logo que o portão se abriu, assustei-me mais ainda do que no meu primeiro contato. Vi inspetores penitenciários com coletes à prova de balas; alguns fortemente armados. Ao fundo, um carro preto parecido com um carro forte com inscrições SOE (Serviço de Operações Especiais) e SEAP (Secretaria de Estado de Administração Penitenciária).

Na entrada, além de todo procedimento, já descrito, ordenaram-me a abrir o porta-malas, rotina prisional realizada diariamente, tanto na entrada, quanto na saída. Depois de submetida a essas normas, o inspetor penitenciário me autorizou a entrar. Estacionei e segui o trajeto, apressadamente, até a sala das equipes técnicas; nesse pequeno espaço de tempo, tentava entender o motivo daquela tropa armada dentro de um suposto hospital.

Ao chegar à sala, questionei, imediatamente, a minha supervisora sobre o que acontecera para justificar a presença do “arsenal militar” no estabelecimento. Ela disse tratar-se “do pessoal que transportava os pacientes para fazer perícia”, “portavam-se assim”, continuou ela, “porque, além dos pacientes, também, transportavam prisioneiros comuns” (mais tarde saberia qual a forma de transporte e tratamento dispensados aos pacientes na ida à perícia. Mas disso discorrerei na terceira parte). Na sala dos técnicos, um vai e vem de profissionais executando suas tarefas num ritmo frenético. No hospital-prisão, os técnicos trabalhavam, intensamente, para dar conta das demandas: administrativas, judiciais, parcerias com a rede familiar e saúde mental para o melhor acompanhamento dos casos dos pacientes.

Dentro de poucos instantes, a minha equipe estava completa, além dos técnicos que a compunham, mais duas estagiárias de psicologia e duas de serviço social (também novatas). Iniciou-se a reunião, que ocorria toda segunda-feira. Era a ocasião em que se verificava a situação não só de saúde, como judicial de todos os pacientes; discussões dos casos pelos técnicos. Cada técnico era referência de um grupo de pacientes. Isso quer dizer que, além das demandas já mencionadas, os técnicos deviam atender seus pacientes semanalmente. Porém não significava que os outros técnicos não os atendiam, mas não, necessariamente, toda semana. Só a psicóloga, as estagiárias de psicologia e o psiquiatra faziam o atendimento a todos, no mínimo, uma vez por semana. Claro, nem sempre isso era possível devido aos jogos de forças que operavam no interior do estabelecimento.

Nessa reunião, fez-se uma redistribuição dos pacientes e alguns deles foram direcionados às estagiárias. À tarde, acompanhei a minha supervisora no atendimento dos meus futuros pacientes. Fui apresentada como a nova “doutora<sup>25</sup>-psicóloga-estagiária-Jaqueline” que da próxima semana em diante lhes atenderia<sup>26</sup>. De início, fiquei responsável por acompanhar quatro pacientes, até o final do estágio, oito. Essa informação é importante, pois o aumento decorria da entrada de novos internos no estabelecimento, o que demonstrava o quanto a medida de internação era (é) ainda muito utilizada pelos juízes, embora, totalmente, contrária aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>25</sup> Todos no hospital-prisão são chamados de doutores.

<sup>26</sup> Nessa semana, fiquei estudando as histórias de cada um dos pacientes a mim direcionados, por meio de documentos: do judiciário, dos presídios de origem e dos pareceres/laudos da equipe técnica.

Neste ponto, é oportuno destacar que os “detentores do poder” – inspetores penitenciários – julgavam que os internos não mereciam atenção e acolhimento dos profissionais das equipes técnicas, os quais também eram desqualificados verbal e moralmente nesse local. Como se pode constatar pelas palavras proferidas por gestores da equipe de segurança do HCTP<sup>27</sup>, em um dos fóruns; o primeiro: “Afinal, quem sabe lidar com bandido é o pessoal da segurança, só nós possuímos a malícia para perceber através dos gestos, da curvatura dos corpos, da posição das mãos quando eles vão atacar. Estamos aqui para proteger vocês...”. Quer dizer, fica claro que para ele [s] eram bandidos, não pacientes. O outro:

Entrei na enfermaria e tinha um **preso** que não queria tomar o remédio de jeito nenhum [bicuda], ninguém estava conseguindo fazer com que ele tomasse. Estava muito agitado e agressivo. Notei que ele olhava várias vezes para o refrigerante de um colega. Percebi que através do refrigerante poderia fazer com que ele aceitasse o remédio, então, pedi o refrigerante ao colega e lhe ofereci, ele aceitou. Antes de entregá-lo, conversei com ele explicando a necessidade do remédio, dizendo que se deixasse que lhe aplicassem a injeção, lhe daria o refrigerante e assim aconteceu. Viram? Ele só precisava de um olhar atento e breves palavras para o controle da situação, coisa que ninguém havia percebido (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

O mais espantoso, nessa situação, é o fato de que nenhum profissional das equipes técnicas foi informado de tal ocorrência. Por tais motivos, dentre tantos outros, havia uma tensão constante entre os profissionais dessas duas instâncias, prisional e de saúde<sup>28</sup>.

Cabe destacar, a não pretensão de afirmar que todos os profissionais da área de segurança agiam de forma punitiva, contudo a lógica comportamental e atitudinal predominantes eram de controle e de punição e não de tratamento. De igual maneira, esclarece-se que os profissionais das equipes técnicas, mesmo bem intencionados, seguiam o ordenamento da política de normalização e correção que advinha não só de uma ingerência do poder judiciário e penitenciário, mas também do saber-poder dos seus “especialismos” materializados em diversos documentos técnicos, os quais eram obrigados a produzir, que podiam e, às vezes, auxiliavam no controle e na manutenção das subjetividades apresadas no hospital-prisão.

Nesse sentido, Rauter (2011) expõe que os profissionais (equipe técnica) atuantes nesses estabelecimentos desejam negar, na maioria das vezes, as práticas

---

<sup>27</sup> Os dois sempre atuaram em presídios, como todos os demais profissionais da segurança.

<sup>28</sup> Equipe de saúde, neste trabalho, refere-se às equipes técnicas.

de encarceramento e de favorecimento, mesmo sem intenção, das engrenagens prisionais realizando outras práticas diferentes dessas, mas:

Às vezes, não é possível, porque nós somos também impedidos, ameaçados, sem falar no fator tempo. Estamos numa engrenagem, temos de atender, pressionados o tempo todo para emitir laudos, laudos e laudos. Nessa situação não é possível, sozinho, querer mudar tudo, realizar essa outra prática [prática ético-política de expansão e potencialização de vida etc.] sozinho me parece impossível (RAUTER, 2011, p. 126. Grifo meu).

De tal sorte, a autora discorre que só com o trabalho coletivo dos profissionais, por meio das “microrrevoluções” nas práticas cotidianas será possível a realização dessa outra prática, - ético-política, de novas formas de subjetivação -, que pode ser pequena dentro do contexto geral, mas de grande importância nas lutas diárias dos profissionais a favor dos pacientes, que sofrem a margem da sociedade, asilados nesses locais, a mercê dos imperativos sociais, dos discursos dominantes; passíveis às formas de silenciamento, aos atos de violência e à negação da vida.

## 1.6 Outras Práticas: Compondo Ação

Naquele ambiente de incongruências, sentia-me completamente imersa em afetos tristes. Compreendendo afeto, ao seguir Spinoza (E III, def. 3), como “as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as idéias dessas afecções<sup>29</sup>”. Para o autor, o corpo e a mente estão no mesmo patamar de relevância para o ser humano, isto é, o ser humano é uma totalidade em que o corpo e a mente andam juntos. Spinoza sinaliza, ainda, que a potência de agir se contrapõe a potência de padecer<sup>30</sup>; asseverando que o corpo humano pode ser afetado de diversas maneiras, de forma a aumentar ou diminuir sua potência de ação. Nesse sentido, o

<sup>29</sup> Assim, para Spinoza (2015) as afecções do corpo produzem variações de potência que são os afetos. Mas os afetos dizem respeito à mente e ao corpo. Desse modo, a afecção é a maneira que os corpos se sentem nos encontros com os outros corpos, que produzem os afetos que são os sentimentos formados por meio desses encontros.

<sup>30</sup> “Diz-se que padecemos, quando algo surge em nós de que não somos senão causa parcial [...], isto é, algo que não pode ser deduzido exclusivamente das leis da nossa natureza” (E IV, P. 2). Para conseguirmos sair desse padecimento, faz-se necessário compreendermos as causas das paixões - que nascem sempre de ideias inadequadas - para dispormos de meios de administrá-las. “Um afeto que é uma paixão deixa de ser uma paixão assim que formamos dele uma ideia clara e distinta” (E V, P. 3). Portanto, “um afeto está tanto mais sob nosso poder, e a mente padece tanto menos, por sua causa, quanto mais nós o conhecemos” (E V, P. 3, Cor.).

corpo abrange todas as dimensões e afecções da alma, num complexo biológico, emocional e social, podendo haver a experiência de morte pelo tipo de vivência experienciada. Portanto, os afetos tristes que me afligiam diminuía, sobremaneira, minha potência de agir e me acorrentavam a uma sensação angustiante de potência de padecimento.

Recordo-me dos muitos dias em que retornava para casa melancólica, após deixar o hospital-prisão. Pensamentos diversos moviam-se em minha mente: Como ajudar aquelas pessoas diante de tamanho sofrimento? Como resistir a tais práticas decadentes e agir num lugar que, de tão pesado, me paralisava? Sempre vinham *flashes* dos meus antigos estágios, principalmente, do Hospital Geral, do qual me desliguei para estagiar no hospital-prisão. Lá, atuava no centro de tratamento intensivo (CTI) encarregada de acolher os familiares e amigos que aguardavam, na sala de espera, para visitar os pacientes internados. Presenciei muito sofrimento: pessoas apreensivas por terem seus entes queridos à beira da morte, além de acompanhá-las no momento em que o médico noticiava o falecimento. Eram horas difíceis, mas, de certa forma, sentia-me suficientemente forte para encará-las. Remeto-me a esse outro momento, para realçar o curioso paradoxo entre minha capacidade de ação no Hospital Geral e minha impotência diante da dura realidade do hospital-prisão. Eu vivia o contraste entre a aparente facilidade em se lidar com a morte física, aquela marcada pela cessação das atividades cerebrais, e a letargia – lúcida ou não – ao se encarar a negação da vida, a morte simbólica<sup>31</sup> de alguém que ainda respira, embora impedido de viver e, portanto, totalmente, invadido pela potência de padecimento.

Diante disso, durante aproximadamente dois meses, nos poucos minutos que conseguia atender os pacientes, só percebia falta de vida e impotência: além dos afetos tristes, tanto os meus, quanto os deles que o ambiente nos provocava. Afetava-me, ainda, o fato de não haver local, tempo e privacidade apropriados para o atendimento. Pensava, incessantemente, que precisava achar uma brecha, um desvio para ampliar meu poder de ação. Até que me dei conta de que havia uma

---

<sup>31</sup> “Não ousa negar que o corpo humano, ainda que mantenha a circulação sanguínea e outras coisas, em função das quais se julgue que ele ainda vive, pode, não obstante, ter sua natureza transformada em outra inteiramente diferente da sua. Com efeito, nenhuma razão me obriga a afirmar que o corpo não morre a não ser quando se transforma em cadáver” (E IV, P. 39, Esc.). Nesse caso, de acordo com Spinoza, quando um corpo perde sua capacidade de afetar e de ser afetado pelos maus encontros que acarretam um rebaixamento de sua potência, a pessoa pode transformar-se num verdadeiro morto-vivo.



sala no final do corredor de atendimento, que sempre se encontrava fechada e vazia – a biblioteca. Naquele momento, percebi que o local era a brecha que tanto procurava. Imediatamente, conversei com minha supervisora sobre a possibilidade de atender no local; ela, a par de toda a minha angústia, prontamente, deu-me o seu aval. O principal impedimento veio do chefe dos inspetores que não admitiu a reconfiguração, pois, segundo ele, estava em jogo minha integridade física. O fato era que a sala se encontrava no lado oposto dos consultórios frente aos quais os inspetores se posicionavam, durante os atendimentos, e a mudança dificultaria a escuta das conversas dos atendimentos. Um verdadeiro embate foi travado, mas minha supervisora – com apoio de toda equipe – argumentou, enfrentou e, por fim, o chefe da segurança, reconsiderou sua decisão, embora muito contrariado. Todavia, deixou claro que se acontecesse algum problema comigo a responsabilidade seria toda dela. Nessa ocasião, tive a certeza – embora aquele espaço fosse terrível e o trabalho não se apresentasse nada fácil de realizar – que os profissionais da equipe técnica eram críticos, éticos e comprometidos; que estavam ali colocando a “mão na massa” em busca de melhorias para aquelas pessoas. Isso fez toda a diferença para mim.

A biblioteca, então, se transformou em local de atendimento e, a partir desse momento, começaram as mudanças. Os atendimentos de 15 minutos transformaram-se em acolhimento de, no mínimo, 30 minutos. De tal modo, consegui conhecer as histórias de vida dos pacientes, suas mazelas, suas desesperanças e, sobretudo, foi possível criar vínculos<sup>32</sup>. Contudo, ainda, sofria as interferências dos

---

<sup>32</sup> Sei que, teoricamente, é dito que não há a possibilidade de criação de vínculo em instituições asilares, mas, na minha prática, algumas vivências propiciaram a reflexão sobre essa possibilidade. Descrevo três exemplos, dentre outros, para demonstrar tal argumentação: De novembro de 2017 a dezembro de 2018, fui profissional voluntária no referido HCTP do Projeto Vida, projeto ligado as Subsecretarias de Tratamento e Unidades do sistema prisional, que pode ser desenvolvido por vários profissionais, visando o aprimoramento do processo de ressocialização dos custodiados (SEAP, 2011). Fazia grupos operativos, melhor dizendo, coletivos, que buscavam possibilitar novas maneiras da elaboração de conhecimento, da integração e de questionamentos acerca de si e dos outros, com o objetivo da desinstitucionalização responsável e consciente. O coletivo se encontrava todas as sextas-feiras. A participação dos pacientes era estritamente voluntária e sem qualquer tipo de benefício de espécie judicial. Para minha grande satisfação, durante todo o período, o coletivo que só podia ter o número máximo de 15 participantes - mas que chegou a contabilizar o total de 21 pacientes em um dos encontros - teve a participação ativa e assídua de 9 pacientes, 3 deles conhecidos do meu período de estágio, que fizeram questão de participar, pois se recordavam do nosso coletivo daquela época. Outro exemplo: No início de dezembro de 2018, a enfermeira da equipe técnica da qual fiz parte observa, em uma farmácia no município onde fica localizado a instituição em tela, um tumulto envolvendo três policiais militares, funcionários da dita farmácia, duas pessoas em situação de rua e um rapaz, totalmente, desestabilizado, já sendo quase capturado e preso. Quando a enfermeira notou que era um ex-paciente do HCTP, do qual ela foi referência,

inspetores penitenciários. Volta e meia iam à porta – que devia ficar entreaberta – nos espreitar, afinal, mexi com o instituído e isso sempre tem um ônus. O chefe dos inspetores não digeriu o consentimento que, de certa forma, foi obrigado a conceder. Passou a me vigiar o tempo todo; com seu olhar tentava me intimidar, até mesmo com palavras, mas eu já sabia como lidar com a situação; em sua presença, abaixava a cabeça e portava-me de forma passiva. Ora, sabia que tinha que ser prudente e que devia evitar confrontos, principalmente, com ele – o chefe – porque, como já citado, eram os inspetores penitenciários os “coronéis” do local.

Estrategicamente decidi aproximar-me dos inspetores, “ganhar” a confiança deles, fazer alianças, suscitar bons encontros. Por meio dos pacientes descobri quais eram os menos truculentos e, dessa maneira, aproximei-me deles. De tal modo, ao estreitarem-se, aos poucos, os laços a convivência foi se tornando mais pacífica. Nas palavras de Spinoza (E IV, Ap. Cap. 12): “É útil aos homens, acima de tudo, formarem associações e se ligarem por vínculos mais capazes de fazer de todos um só e, mais geralmente, é-lhes útil fazer tudo aquilo que contribui para consolidar as amizades”. Ou seja, buscava possibilidades de composição, o que consegui, de certa forma, ao atrelar os plantões desses inspetores às folgas do chefe de segurança, pois, nessas condições, tive maior liberdade de ação.

A essa altura, no mês de junho, já estava com meus oito pacientes, três deles com quadro de oligofrenia (retardo mental). Apostei nas atividades grupais como um dispositivo potente. Propus à minha supervisora/equipe tais atividades, intercaladas com atendimentos individuais para os três pacientes oligofrênicos. Concordaram. Dessa vez, não houve muitos problemas, a minha supervisora se tornara diretora do hospital-prisão, o que facilitou, bastante, a não interferência do pessoal da segurança. Com a permissão preparei minha “caixa de ferramentas” (materiais para pintura, desenhos, jogos, música, entre outros), e comecei a atividade. De fato, foi

---

aproximou-se para conversar com os policiais e o ex-paciente. Porém, antes dela falar qualquer coisa, o ex-paciente a viu e, instantaneamente, se posicionou ao seu lado dizendo para os policiais: “Esta é minha doutora, ela sabe que eu não sou ladrão, ela me conhece bem”. A enfermeira conversou com os policiais e com o ex-paciente, que logo se acalmou, evitando a prisão desnecessária do rapaz que, na sequência, afirmou que iria para casa. Para finalizar a exemplificação, em 2015 presenciei, por duas vezes, profissionais da equipe técnica serem chamados ao portão principal do HCTP, porque havia ex-pacientes a procura deles. Esses sujeitos de forma alguma queriam ser encarcerados, novamente, que isso fique bem claro! Mas foram em busca de acolhimento e solicitação de ajuda, para questões que estavam lhe causando conflitos, junto aos profissionais que foram suas referências no período de suas institucionalizações. As situações descritas acima me fazem refletir sobre a possibilidade de vinculação no espaço institucional de asilamento.

muito produtiva. Tão produtiva que quis estender aos demais pacientes. Novamente, obtive a concordância da equipe.

Comecei a fazer atividades grupais três vezes ao mês. No início, foi muito difícil. Compor com as diferenças era um grande desafio; por vezes os pacientes não se entendiam e se confrontavam verbalmente; se não interferisse, partiriam para agressões físicas. As tensões eram comuns, mas, aos poucos, fomos aprendendo a lidar com as diferenças. Com o suporte das atividades propostas conjuntamente por meio de “rodas de conversa”, dispositivo que disparou discussão sobre vários assuntos: medicação, drogas, higiene, sexo, família, delitos, os sentimentos decorrentes da reclusão compulsória, histórias de vida, desejos e conteúdos espontâneos emergentes, e com recursos diversificados, tais quais: leitura de textos, músicas, danças, brincadeiras, poesias, orações foi possível dividir experiências, compartilhar medos, sonhos, risadas... Ao final de cada encontro, refletíamos juntos sobre a experiência daquele momento, cada um expressava seus sentimentos e percepções. A partir das experiências do e com o outro foram acontecendo mudanças gradativas em cada um de nós.

Dessa forma, as tensões foram, gradativamente, se dissipando e os bons afetos foram tomando o lugar, de modo que, fomos nos resignificando, cada qual do seu jeito, com sua singularidade, porém juntos. Finalmente, foi possível acionar a dimensão do coletivo<sup>33</sup>, considerado, aqui, em sua dimensão original, positiva, enquanto atividade inventiva, como possibilidade de construção de bons encontros, na vivência das atividades, com seus efeitos de criação.

De tal sorte, estabelecemos um comum, por meio das experimentações que vivenciávamos emergiam conhecimentos, pois pensávamos melhor e, portanto, a nossa forma de agir se ampliava. Destaco as palavras de dois pacientes a respeito do coletivo: O primeiro, L., falou diretamente: “Espaço de luz em meio às trevas”. Era verdade. Quando encostávamos a porta, por algumas horas, vivíamos em outro mundo. A escuridão do lugar sombrio do hospital-prisão ficava do lado de fora, não dávamos passagem. Por outro lado, dentro da sala era multicolor; cada um podia se expressar da sua maneira. Eram valorizados em seus potenciais e respeitados em

---

<sup>33</sup> Para Spinoza (E IV, P.18, Esc. 2): “[...] nada é mais útil ao homem do que o próprio homem. Quero com isso dizer que os homens não podem aspirar nada que seja mais vantajoso para conservar o seu ser do que estarem, todos, em concordância [...], e que todos, em conjunto se esforcem, tanto quanto possam, por conservar o seu ser, e que busquem, juntos, o que é de utilidade comum para todos [...] os homens que buscam, sob a condução da razão, o que lhes é útil, nada apetezem para si que não desejem também para os outros [...]”.

suas singularidades. Tinham voz e sabiam dizer muito bem o que os afetavam, o que estava errado. Eles tinham consciência dos seus direitos e das ilegalidades que sofriam, mas não podiam reclamar, já haviam aprendido através das punições e ameaças a se tornarem dóceis e “mudos”. Mas, ao menos ali, eles podiam se indignar e se expressar em toda sua plenitude. De maneira que, sentiam-se dignos, gente!

O segundo, P.<sup>34</sup>, em outro encontro do coletivo, no qual conversávamos sobre flores: das que gostavam, por qual motivo eram suas preferidas, suas experiências com elas, etc., trouxe a flor Onze horas, que a maioria não conhecia. Com extrema sensibilidade descreveu suas características: “A flor Onze horas é uma flor que na presença do sol se abre com toda sua beleza e intensidade de cores e sentidos, mas quando o sol vai embora ela murcha, adormece; até que os novos raios de sol a acordem novamente”. Ele era um verdadeiro poeta! Criativo, sensível e muito inteligente. Dessa vez, eu uso essa flor como uma metáfora do coletivo, pois a meu sentir, nos assemelhávamos a ela. Sim, porque nos encontros coletivos reforçados pelos encontros individuais brotavam esperanças de dias melhores, ressurgiam sonhos, planejávamos existências extramuros, evocávamos novos possíveis. A vida se fazia presente, e, igualmente, a potência de agir.

A cada encontro, os afetos alegres nos enchiam de sorrisos e nos deixavam mais potentes. De tal modo que, a claridade e as cores foram se esgueirando pelas brechas da porta, compondo e se ampliando além-sala. Com isso, passamos a habitar o hospital-prisão de forma diferente. A flor não precisava mais do espaço da sala para se abrir, renascer, pois já era possível perceber a presença do Sol no restante do ambiente sombrio. Claro, o sofrimento, a dor e a angústia de estar naquele estabelecimento – num lugar onde ninguém deveria estar – ainda existiam,

---

<sup>34</sup> Esse paciente se suicidou com 28 anos, em 22 de maio de 2017, num final de semana, faltando menos de uma semana para sua desinternação, fato que deixou todos da equipe técnica surpreendidos e tristes, quando informados pelo diretor do hospital. O paciente nunca demonstrou tendências suicidas, muito pelo contrário, quando o atendíamos era comum dizer que estava preso indevidamente, que já havia cumprido sua pena (sua MS foi determinada, a princípio, por três anos, se obedecida, sua finalização teria sido no ano de 2013). Insurgia-se, muitas vezes, devido a isso, fato que causava o seu deslocamento imediato para “tranca”. Inclusive, ele estava nesse compartimento quando se enforcou. Na verdade, em sua certidão de óbito não consta causa da morte: suicídio, mas estrangulamento. A ocorrência ainda se encontra em sindicância. O fato é que, independente, do que tenha ocorrido, efetivamente, acompanho Spinoza ao dizer: “[...] aqueles que se suicidam têm o ânimo impotente e estão inteiramente dominados por causas exteriores e contrárias à sua natureza” (E IV, P. 18, Esc. 3). Isso porque, o homem sempre se esforça para perseverar em seu ser. Por tal motivo, essa morte pode ser entendida como uma morte “sacer”, conceito já explicado na introdução e aprofundado no última parte deste trabalho.

mas também havia luz, movimento de criação, ação, vida! O coletivo amenizava a potência de padecimento, que os pacientes sentiam, pois os encontros coletivos legitimavam seus sentimentos de pertencimento, valorizavam suas autoestimas, suas autonomias; produziam subjetividades mais livres e criativas. Dessa maneira, eles se ajudavam mutuamente em suas galerias, sem a necessidade de minha presença. À vista disso, sentíamos, mesmo que em breves momentos, como diria Spinoza (2015), gáudio<sup>35</sup> que significa: contentamento, regozijo.

Estávamos contagiados e contagiávamos os outros, inclusive, alguns inspetores penitenciários que, agora, iam à porta não mais para nos vigiar, mas porque ficavam curiosos; atraídos com nossas risadas, alegrias e cantarias. Eram bem vindos. Convidávamos a entrar, mas nunca entraram. Contudo, algumas vezes, observavam por algum tempo as nossas atividades do lado de fora, riam e cantavam igualmente conosco e, de certa forma, acabavam participando. Consequentemente, a relação deles com os pacientes, também, foi mudando. Claro, muitos permaneceram da mesma forma – truculentos –, mas isso não era o que levávamos em consideração. O que realçávamos eram os bons encontros, o que tínhamos produzido de positivo e de potencializador. E isso só foi possível por uma rede de apoio e agenciamentos pujantes – supervisão, equipe, as outras estagiárias, meu orientador e, claro, os pacientes – que acreditaram no trabalho e ajudaram a construir.

Concluindo esse relato descrevo o meu último encontro com os pacientes, dia 28 de janeiro de 2016. Nada fácil, ou melhor, extremamente difícil para ambas as partes, já que os laços que construímos juntos foram muito fortes, vivos e, acima de tudo, demasiadamente verdadeiros, humanos e afetuosos.

Encontrávamo-nos todos juntos no nosso espaço – que, também, já era de outros: pacientes, equipes – conversando, quando ouvi de novo a pergunta, mas, dessa vez, num tom emocionado, emocionante:

- Doutora Jaqueline, você vai se esquecer da gente, né?
- Não. Como me esquecer de vocês, das nossas histórias, das nossas bagunças?
- Usei um tom brincalhão para dissipar um pouco o momento sensível da despedida e continuei:
- Por que você acha isso?
- A resposta veio de outro paciente:

---

<sup>35</sup> “[...] uma alegria acompanhada da ideia de uma coisa passada que se realizou contrariamente ao esperado” (E III, Def.16).

- Ah, todos os estagiários saem daqui dizendo a mesma coisa, mas nunca voltaram para ver a gente.

Respondi:

- Eu também não voltarei. Pois não podemos voltar após o término do estágio, por isso não temos como visitá-los. Entendem agora porque eles nunca voltaram?

Assentiram com a cabeça.

E, nos minutos finais, no momento da postrema despedida, completamente, emocionada e tocada como estou agora escrevendo essas linhas, falo para eles:

- Eu não vou me esquecer de vocês e tem mais, um dia ainda vou contar as suas histórias, as nossas histórias, as histórias desse lugar. Eu prometo! (DIÁRIO DE CAMPO, 2015).

Sem me dar conta no momento, mas hoje percebendo, claramente, que foi nessa despedida que emergiu o desejo desta pesquisa. E como imaginar que começaria a cumprir o prometido no mesmo ano? E, ainda, que voltaria a atuar no hospital-prisão como psicóloga voluntária do projeto Vida, fazendo o mesmo tipo de trabalho, só que com mais conhecimento e capacidade de ação.

Esse meu retorno se deu, porque constatei, que apesar de todos os atravessamentos de sentido mortificantes do hospital-prisão, era possível compor outros sentidos. Revigorar o *conatus*, que para Spinoza (2015, E III, P. 6) reflete um desejo de existir e expandir sua existência: “toda coisa esforça-se, enquanto está em si, por perseverar no seu ser”. Portanto, *conatus*, aqui, é entendido como *conatus* coletivo, que é positividade, esforço para continuar existindo, esforço em fazer bons encontros e, assim, expandir a vida.

Nessa esteira, marco a minha total implicação, nesta pesquisa, destacando o imenso desejo de que ela seja um instrumento: “Para criar estratégias de luta direcionadas por uma ética baseada no fortalecimento da vida” (RAUTER, 2011, p. 129) das pessoas que sobrevivem indignamente; excluídas em último grau de todos os seus direitos, relegadas ao abandono e todo tipo de maus-tratos nos HCTPs, sob a pecha deste duplo e segregador estigma de louco e perigoso<sup>36</sup>.

## 1.7 Uma Observação Necessária

*O trabalho de um intelectual não é moldar a vontade política dos outros; é, através das análises que faz nos campos que são seus,*

<sup>36</sup> Acredito, assim como Rauter (2011), que seja função do psicólogo politizar a questão da criminalização da loucura e trazer à superfície questões que possam ampliar a discussão. Exercendo, dessa forma, a função de uma espécie de mediador e não como um especialista que detém a verdade sobre as pessoas.

*o de interrogar novamente as evidências e os postulados, sacudir os hábitos, as maneiras de fazer e de pensar, dissipar as familiaridades aceitas, retomar a avaliação das regras e das instituições e, a partir dessa nova problematização (na qual ele desempenha seu trabalho específico de intelectual), participar da formação de uma vontade política (na qual ele tem seu papel de cidadão a desempenhar).*

FOUCAULT<sup>37</sup>

Antes de finalizar esta parte, registro um acontecimento que se deu na academia, tendo em vista a sua relevância por diversas razões, embora eu apenas me detenha a tratar ao que concerne mais, diretamente, a minha pesquisa: o discurso de saber-poder de pessoa legitimada a falar e produzir verdades no mundo, devido ao lugar que ocupa: de intelectual. Importante, igualmente, registrar que respeito à opinião proferida, só questiono o lugar de seu pronunciamento; lugar aqui utilizado com seu duplo sentido: intelectual/academia, porque como nos ensinou Foucault (2008) pode ser perigoso! Dito isso, segue minha observação:

Apesar das intensas determinações bloqueadoras que atravessam todos os profissionais desse estabelecimento – hospital-prisão –, como já mencionado, mas, nesse momento, dirijo-me especificamente as ações dos psicólogos que “[...] nunca são neutras, podem estar a serviço de ações que constroem, que controlam e disciplinam, que produzem subjetividades submissas, dóceis e úteis” (COIMBRA, 2006, s.p.). Sabendo-se da constituição das ciências humanas; da psicologia em especial, e que muitos criticam os psicólogos que atuam nesses locais, chamando-os de manicômiais, dizendo que não existe nenhum tipo de cuidado das pessoas lá tuteladas; reproduzo a fala proferida na academia:

Recuso-me a atuar nesses locais, manicômios, manicômios judiciários, presídios, abrigo para crianças etc., porque estaria compactuando e afirmando a permanência desses, que só servem para disciplinar e adestrar os sujeitos. Falo isso, porque fui convidado, há alguns anos, para trabalhar em um manicômio, mas, assim que entrei, vi que não podia compactuar com aquilo (UFF, Niterói/RJ, 2017).

Sob essa perspectiva, questiono: não teríamos que estender essa negativa de atuação aos psicólogos que trabalham em hospitais, quartéis, escolas..., na própria

---

<sup>37</sup> FOUCAULT, 2006b, p. 249.

academia, por serem, igualmente, instituições que utilizam as mesmas estratégias na produção de subjetividades dóceis, úteis e adestradas?<sup>38</sup>

Não tenho a pretensão de afirmar que os profissionais das equipes técnicas não estejam, de forma alguma, a serviço de controlar, disciplinar etc. Contudo, isso não anula os cuidados dispensados aos pacientes, embora precários pelas diversas forças que se desenrolam dentro de quaisquer dispositivos de sequestro. De igual maneira, não confere a todos o fatal rótulo de manicomiais.

Ademais, ressalto que aonde quer que estejamos exercendo nossa profissão, as nossas ações devem ser de resistência e de coragem para problematizar e enfrentar o poder normalizador/normatizador e arbitrário que transpassam esses locais, com intuito de promoção de práticas potencializadoras.

Coimbra (2006) explana que as nossas práticas devem ser utilizadas como instrumento que, de maneira transdisciplinar, promova a invenção de novos mundos, permita compreender a multiplicidade e a possibilidade de agenciamentos que podemos ofertar e implementar em qualquer lugar que estejamos.

Assim, coaduno com as duas autoras citadas, Rauter e Coimbra, ao dizerem que o nosso papel é o de criar desvios onde estivermos atuando para a produção de subjetividades singulares e descolonizadas, possibilitando novas maneiras das pessoas estarem no mundo, que não sejam as de sujeição e negação da vida.

Aproveito o ensejo para colocar que, no meu entender, o compromisso de um pesquisador, nas trilhas de Foucault (2010, p. 64), é com a parresía “pois ela é uma maneira de se vincular a si mesmo no enunciado da verdade, de vincular livremente a si mesmo e na forma de um ato corajoso [...], é a ética do dizer-a-verdade, em seu ato arriscado e livre”. Com efeito, reafirmo esse compromisso e assumo os riscos da minha escolha, atenta à prudência de Spinoza (2015), e com total cuidado para que esta pesquisa não se apresente como uma espécie de “saber-poder” de “especialista”, mas sim como luta política e ética no contexto em que ela se propõe.

---

<sup>38</sup> FOUCAULT, 1999b.



## 2 PRODUÇÕES DE SABER-PODER

*Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade [...]. Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder.*

FOUCAULT<sup>39</sup>

Nesta parte, buscamos apontar alguns acontecimentos que possibilitaram a construção insidiosa do conceito de periculosidade atrelada à figura do louco, desde a sua produção na psiquiatria até sua apropriação pela esfera penal. Quais estratégias de saber-poder se articularam, para que esse conceito fosse aceito em seu surgimento e persista na atualidade, tornando-se o principal responsável pela privação de liberdade – muitas vezes uma pena de morte –, de dignidade e de direitos dos “loucos”? Para tanto, percorremos o caminho a partir da medicalização dos hospitais, que ocorreu no final do século XVIII, para marcar a diferença na apropriação do hospital pela medicina, que o tornou um local de práticas médicas e de cura. Posteriormente, discorreremos sobre a construção do saber-poder psiquiátrico; a forma como conduziu suas práticas dentro dos asilos, pela qual produziu a transformação da loucura em doença mental. O próximo passo é analisarmos os jogos de saber-poder dos especialistas de duas disciplinas específicas, psiquiatria e direito, na produção do mito da periculosidade, além das questões sociais, políticas e econômicas correspondentes à época.

### 2.1 A Medicalização dos Hospitais Gerais: Construção de uma Epistemologia Hospitalar

Antes do final do século XVIII, o hospital era uma instituição importante e primordial para o cotidiano urbano Ocidental, porém não tinha um caráter terapêutico de cura, destinava-se a hospedagem de pobres e doentes, que eram considerados perigosos, porque poderiam contagiar o restante da população com suas doenças.

---

<sup>39</sup> FOUCAULT, 1998, p. 180.

Assim, o hospital era concebido, tão somente, para dar auxílio material e espiritual àqueles que estavam morrendo, locais de separação e exclusão. Por tal motivo, era chamado de “[...] morredouro, um lugar onde morrer [...], função de transição entre a vida e a morte” (FOUCAULT, 1998, p. 102).

A transformação do hospital de local de assistência para um local de cura médica ocorreu, em torno de 1780, por meio das chamadas viagens-inquérito<sup>40</sup>, visitas feitas por médicos nos hospitais com objetivo de observá-los sistematicamente e compará-los. Isso porque, se procurava entender quais os efeitos que os hospitais produziam, ou seja, se eram benéficos para a sociedade ou se, ao contrário, produziam efeitos negativos. Em outras palavras, se eles serviam para curar as doenças, agravá-las ou propagá-las.

Nesse ínterim, o hospital passa a ser visto como um “fato médico-hospitalar”, sendo necessário um estudo minucioso nas práticas existentes em seu interior, em seu funcionamento global. Essas visitas proporcionaram a verificação das falhas em seus mecanismos que produziam efeitos nocivos, patológicos aos doentes, dessa maneira, pôde reorganizá-los, a fim de não mais serem produtores de doenças.

A princípio, não se buscou a transformação do hospital com o intuito de tratar os doentes e curar as doenças, mas com a finalidade de minimizar os efeitos nocivos dele sobre as pessoas que se encontravam internadas, bem como evitar a propagação das doenças para o exterior da instituição e, igualmente, combater os prejuízos socioeconômicos que ele causava.

O processo de medicalização do hospital, segundo Foucault, ocorreu, essencialmente, a partir de uma tecnologia política, a saber, a disciplina: “A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar e, por outro, à transformação do saber e da prática médica” (FOUCAULT, 1998, p.107), além da modificação do conhecimento, das práticas e das atividades médicas<sup>41</sup>.

De tal modo, o hospital passou a ser um lugar de exame, tratamento e de reprodução de saber médico. Se antes, a presença do médico no hospital era

---

<sup>40</sup> Eram visitas de observação sistemática e comparação do funcionamento dos hospitais, realizadas principalmente, por “Howard (inglês, tendo “uma competência quase sócio-médica”) e Tenon (médico francês)”, solicitadas pela Academia Ciências de Paris (FOUCAULT, 1998, pp. 99-101).

<sup>41</sup> Pasteur, (cientista francês) discorre Foucault, criou uma grande ferida narcísica nos médicos, pois através de seus estudos comprovou que os próprios médicos produziam a propagação das doenças através de suas práticas. “As mãos do médico, que deviam percorrer o corpo do doente, o apalpar, o examinar, estas mãos que deviam descobrir a doença, trazê-la a luz e mostrá-la, Pasteur as designou como portadoras do mal” (FOUCAULT, 1998, p. 120).

eventual, a partir do advento da medicalização sua presença se tornou constante e primordial. E o hospital se transformou em espaço de formação profissional.

Nesse novo modelo, o médico pôde agrupar, observar e acompanhar as doenças em sua evolução. Assim, foi possível construir um saber sobre as doenças, que foi compreendida como um fenômeno natural, seguindo o modelo botânico da classificação de Lineu<sup>42</sup>. Portanto, a intervenção médica não se deu sobre a doença em si, mas sobre o próprio ambiente que a circundava: ar, alimentação, temperatura, água, entre outros.

Dessa maneira, a medicina se constitui como um modelo epistemológico da verdade médica, tornando-se uma prática e um saber hospitalar, e o hospital se transformou na principal instituição médica, bem como de transmissão de saber. Logo, a clínica se apresentou como uma dimensão essencial do hospital, pois foi através dela que se organizou a “formação e transmissão de saber” (FOUCAULT, 1998, p. 111).

Nessa nova conjectura, marcada pela disciplinarização do espaço hospitalar – que cura, registra, organiza, produz saber, entre outros –; a medicina se constituiu como uma medicina individualizante por um lado, pois o indivíduo observado emergiu como objeto de saber e de práticas médicas. Por outro, como uma medicina do corpo coletivo, visto que através da organização no espaço hospitalar foi possível comparar os registros dos diversos hospitais e identificar as doenças comuns a toda população. Dessa forma: “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar” (FOUCAULT, 1998, p. 111).

Conseqüentemente, os hospitais gerais tornaram-se as próprias máquinas terapêuticas de cura sob total direção, controle e poder dos médicos. Por outro lado, os hospitais psiquiátricos somente circunscreveram o *status* de espaço terapêutico baseado em práticas médicas, a partir do século XX, com a desmedicalização da loucura<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> A doença no sistema epistêmico da medicina, no século XVIII, era entendida por meio da botânica, como um fenômeno natural. A doença “terá espécies, características observáveis, curso e desenvolvimento como toda planta”. Lineu (médico, botânico e zoólogo sueco) (FOUCAULT, 1998, p. 107).

<sup>43</sup> Grosso modo: Segundo Foucault (2012) foi por meio, principalmente, do processo do movimento da antipsiquiatria, que proporcionava o louco a tarefa e o direito da sua loucura, emancipando-o de um diagnóstico e de uma sintomatologia determinista a possibilidade, de fato, de um saber sobre a loucura e, conseqüentemente, das práticas médicas dentro dos hospitais psiquiátricos. Maiores detalhes consultar obra: O Poder Psiquiátrico. FOUCAULT. RJ: Martins Fontes, 2012.

## 2.2 Breve Histórico da Psiquiatria e a Emergência dos Manicômios

No bojo da medicalização<sup>44</sup> dos hospitais, e do novo lugar que a medicina ocupou na sociedade, no final do século XVIII, assumindo o corpo coletivo como novo objeto de seu campo de atuação<sup>45</sup>, isto é, no processo de medicalização da sociedade, que a psiquiatria vai se apropriando da função de identificar no louco uma patologia, para poder ser a responsável por seu tratamento.

A loucura só se transformou em doença mental, no início do século XIX, após a Revolução Francesa. Até então, os loucos se encontravam distribuídos em casas de correção, hospitais gerais, depósitos de mendigos, entre outros. Isso porque, a partir do século XVII, os loucos passaram a ser excluídos do tecido social - pois, conforme a racionalidade da época, eles não se encaixavam no registro da razão<sup>46</sup>-, sendo trancafiados ao lado de outros tipos de marginalizados.

Assim, os asilos surgiram em meio às críticas ao espaço de exclusão do antigo enclausuramento<sup>47</sup>, e a nova percepção da loucura, que passou a ser vista como uma doença com possibilidades de tratamento e cura, mas que necessitava ser controlada e “tratada” com total disciplina intramuros.

---

<sup>44</sup> Porém, é necessário ressaltar que o asilo não foi instrumento de medicalização do espaço social de segregação, era tão somente lugar de instrumentalização. Por um lado, de técnica de prevenção social e, por outro, de tática médica, num conturbado local de controle moral (FOUCAULT, 1972).

<sup>45</sup> Segundo Foucault (1998), no século XVIII, nasce a Medicina Social que entendemos como uma engrenagem de normalização da vida, controle dos corpos. Os médicos se tornam higienizadores sociais. O autor destaca três etapas na constituição da medicina social que citaremos bem resumidamente: Medicina do Estado – Alemanha, maior preocupação era controlar a morbidade das pessoas, visando à melhora da saúde populacional; Medicina Urbana – França, cuja maior preocupação era a higienização do espaço urbano, visando demarcar os prováveis locais com possibilidades de revoltas e o medo das doenças pela aglomeração de pessoas nos centros urbanos e Medicina da Força de Trabalho – Inglesa, a maior preocupação era com os pobres/trabalhadores, visando o controle da classe por ser considerada perigosa a saúde do corpo social. Não podemos deixar de citar que também surge com ela a questão da insalubridade, controle das epidemias, cuidado com a saúde, entre outras.

<sup>46</sup> Com Descartes, a loucura será impossibilidade nas pessoas que duvidam. A condição para não ser louco é pensar. À vista disso, no próprio sentido da razão, a ameaça ilusória da loucura acabou por desaparecer e se transformou em uma ameaça racional. Isto é, tornou-se uma contradição do homem consigo próprio. O louco foi considerado, então, o outro do pensamento (FOUCAULT, 1972).

<sup>47</sup> Em 1656, por decreto real, cria-se o Hospital Geral, local de internação dos indivíduos tidos como perigosos, por serem considerados sociais: pobres, desempregados, prostitutas, órfãos, sodomitas, criminosos, além dos loucos. Ou seja, era o isolamento dos “degenerados de todos os gêneros”. Sendo assim, um espaço produtor de poder, pois o Hospital Geral não foi concebido para dar tratamento, mas cumpria uma função, tão somente, de higienização social e cruel segregação. Essa instituição se posicionava entre a justiça e a polícia; as internações eram estabelecidas por autoridades reais ou judiciárias, por isso consideradas pelo o autor a terceira ordem da repressão (FOUCAULT, 1972.).

Será Pinel que localizaremos na história como o principal responsável pelo surgimento da psiquiatria positiva devido a seu suposto e famoso ato da libertação dos loucos no Hospital Bicêtre, em 1792<sup>48</sup>, ato considerado fundador da psiquiatria.

Interessante citar uma observação de Foucault (2012), registrada no seu curso: 'O Poder Psiquiátrico'<sup>49</sup> ministrado no período de novembro de 1973 a fevereiro de 1974, no Collège de France. Na aula de 14 de novembro de 1973, o autor propõe que a retirada das correntes dos loucos por Pinel não estaria ligada a uma ação verdadeiramente humanista, mas a uma nova relação de poder, pois a partir da libertação os loucos ficaram submissos ao seu "libertador" e passaram a ser sujeitados pelo controle do poder médico. Configurando-se, no fundo, ressalta Foucault, a transposição de uma relação de poder violenta: as correntes, grilhões, entre outros; retrato do poder soberano, para uma relação controladora e normalizadora dos corpos, por meio da tecnologia disciplinar.

Nas palavras de Foucault (2012, pp. 36-37):

[...] essa cena da libertação, claro, todos sabemos, não é exatamente uma cena de humanismo; mas creio que podemos analisá-la como sendo uma relação de poder, ou ainda, como a transformação de certa relação de poder, que era de violência – a prisão, a masmorra, os grilhões: aqui também tudo isso pertence à velha forma de poder de soberania -, numa relação de sujeição, que é uma relação de disciplina.

Em sentido oposto, Castel (1978, p. 64) reconhece na libertação dos loucos um ato de humanismo por parte de Pinel, mas afirma que:

A relação que se desenrola entre o médico e doente, e que representa o primeiro paradigma da relação terapêutica em medicina mental, é uma relação de soberania. O louco só pode reconquistar sua humanidade através de um ato de fidelidade a uma potência soberana encarnada num homem.

Controvérsias a parte, observamos que os dois autores se posicionam, convergentemente, no sentido de que a libertação dos loucos das correntes não

<sup>48</sup> Philippe Pinel (1745-1826), médico-psiquiatra francês. Em 1793, Pinel foi nomeado diretor do Hospital Bicêtre e, em 1795, assumiu o mesmo cargo no Hospital de Sapêtrière (FOUCAULT, 1972.).

<sup>49</sup> Foucault (2012), nesse curso, se propõe a fazer uma análise da sua obra inaugural: 'A História da Loucura', esclarecendo alguns pontos que ele descreve como criticáveis em relação, sobretudo, ao tópico do último capítulo 'Nascimento do asilo'. Começa citando a sua insistência em analisar as representações, privilegiando a percepção da loucura. De tal maneira que, nessas aulas, diz ele, analisará as relações de poder, os jogos de força e as práticas discursivas em relação à psiquiatria, à constituição da doença mental e os asilos/hospitais psiquiátricos, entre outros.

significou a liberdade de seus corpos – pois continuaram encerrados nos asilos –, tampouco à liberdade da subjugação ao poder, agora, disciplinar e de cunho moral. Esse último porque, na concepção Pineliana, os alienados possuíam um déficit moral.

Nesse sentido, segundo Barros-Brisset (2011), Pinel reformulou o conceito de alienação mental<sup>50</sup> acoplando duas noções: a de déficit permanente, de viés organicista do médico Galeno, e a de mal moral, de viés metafísico do frade Tomás de Aquino. Desse entrecruzamento emerge o conceito de déficit moral, que passou a relacionar à loucura “a violência, a crueldade, a maldade” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 44). Além disso, Pinel descreveu uma loucura que tinha a faculdade intelectual preservada, na qual a doença só ficava visível no cometimento do ato violento, denominando-a de mania sem delírio. Tanto o conceito de déficit moral, quanto o de mania sem delírio têm fundamental importância na noção de loucura-perigosa, como descrevemos no próximo tópico.

Se o alienado possuía um déficit moral seu tratamento tinha que ser moral. De tal sorte, o médico se personificava em autoridade moral com a função de dominar esse mal, a fim de curar o paciente e proteger a sociedade. Desse modo, a psiquiatria se apropriou da loucura com um estatuto médico-social, pois reivindicou para si a função de “proteção contra os perigos provocados pelos insensatos e cura das doenças” (FOUCAULT, 1972, p. 477).

Nessa perspectiva, o perigo da loucura estava ligado ao desvio de caráter individual e das más escolhas.

Durante toda a Idade Média, e por muito tempo no decorrer da Renascença, a loucura estivera ligada ao mal, mas sob a forma de transcendências imaginárias; doravante, ela se comunica com ele pelas vias mais secretas da escolha individual e das más intenções (FOUCAULT, 1972, p. 154).

Sob esse prisma, o novo olhar em relação à loucura repousava numa ética moral. Assim sendo, o tratamento, na verdade, físico-moral que se aplicava dentro dos asilos objetivava fazer com que o louco tivesse consciência da sua maldade, da sua falta moral. Tratava-se de uma luta, e a cura se dava quando o louco confessava a sua loucura – por medo da punição – e se arrependia dela. Em outras

---

<sup>50</sup> A noção de alienação mental foi utilizada pela primeira vez, em 1625, pelo médico Felix Plater (1536-1614), referindo-se ao alienado como um indivíduo que comportava uma desposseção da razão (BARROS-BRISSET, 2011).

palavras, a cura era a “vitória da vontade do médico sobre a do doente” (FOUCAULT, 2012, p. 15).

Nesse caso, o asilo “fornece ao mesmo tempo policiais, promotores, juízes e carrascos. Um processo onde toda falta de vida, por uma virtude própria à existência asilar, torna-se crime social, vigiado, condenado e castigado” (FOUCAULT, 1972, p. 547). Processo semelhante que se perpetua, até hoje, nos hospitais-prisão.

Pode-se dizer que, Pinel foi o responsável por alocar a loucura numa temática médica, mas, em contrapartida, conduziu o tratamento do louco em níveis basicamente morais, pois a cura do louco significava a sua estabilização numa figura social moralmente reconhecida e aprovada. De tal modo, a internação nos asilos pode ser entendida como uma forma mais sutil de controle, uma nova forma de contenção que submete os loucos à obediência e à hierarquização nas relações; passíveis de castigos, punições e recompensas, de acordo com seus comportamentos.

No asilo, Pinel foi o responsável por operacionalizar as práticas da corrente reformista, fazendo uma:

Constituição de uma síntese alienista, isto é: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre o médico e doente, o “tratamento moral” (CASTEL, 1978, p. 59. Grifo do autor).

Verifica-se, assim, que foi por meio do ordenamento do espaço hospitalar que houve a possibilidade de promover a separação dos indivíduos por categorias, avaliar e identificar a loucura mediante as especificidades de seus sintomas, e começar a construir um saber sobre a loucura. No dizer de Castel (1978, p. 61): “[...] ao ordenar o caos, institui um saber”.

No que concerne ao arranjo nosográfico, de acordo com Facchinetti (2008) Pinel, por meio de análises profundas dos pacientes, de seus traços de caráter físicos e morais, dos sinais precursores, dos delírios, das lesões anátomo-clínicas, dentre outros, compilou na sua obra: ‘Tratado médico filosófico sobre a alienação mental ou a mania’ (1800-1801) uma série de doenças mentais, sobressaindo as seguintes: melancolia, mania, mania sem delírio e a demência. Segundo a mesma autora, essa classificação feita por Pinel foi de grande relevância, para tornar a loucura uma verdade positiva, objeto particular do alienismo.

Por sua vez, Foucault (2012) postula que os psiquiatras em sua prática, no decorrer do século XIX, nunca se utilizaram dessa classificação, nem mesmo do saber anatomopatológico<sup>51</sup> dentro dos asilos. Segundo ele, esses “discursos eram simplesmente espécies de garantias de verdade de uma prática psiquiátrica que queria que a verdade lhes fosse dada de uma vez por todas e não fosse mais questionada” (FOUCAULT, 2012, pp. 165-166). Ou seja, eram apenas discursos garantidores do poder psiquiátrico; modulações estratégicas de poder. Dessa maneira, as práticas psiquiátricas utilizadas dentro dos asilos se constituíam, fundamentalmente, por três estratégias de poder: isolamento, regramento e sujeição à autoridade:

O isolamento (terapêutico) possibilitava ao asilo funcionar como uma espécie de laboratório social, porquanto permitia a observação e o estudo dos indivíduos, dos seus comportamentos em seu estado “puro”. Isto é, sem interferências exteriores, pois se acreditava que as causas da alienação mental provinham do meio social. Logo, quando se retirava o contato do alienado com o seu meio, isolando-o através de sua institucionalização integral, não haveria mais afetação dessas causas sobre o mesmo, o que possibilitava seu “adequado tratamento”.

O regramento (disciplina) ordenamento estrutural do tempo, lugar e gestos, por meio da vigilância contínua, distribuição dos corpos e da hierarquia que deveria reger todo funcionamento do asilo; imputando toda uma série de normas, condutas, horários, entre outros, com a finalidade de reprogramar a partir do zero toda a experiência humana no asilo, visto como o único local possível para os loucos se reapropriarem da lei e da ordem. Ou seja, o que se buscava com a disciplina era docilizar e adestrar os comportamentos dos loucos.

A sujeição (autoridade) do alienado ao poder absoluto e incontestável do médico. A loucura era uma desordem, então, o retorno à ordem, à razão só podia acontecer pela interiorização por parte do alienado de uma vontade racional, introduzida pelo detentor do poder, o médico e, por extensão, seus auxiliares.

Em suma, essas estratégias tinham a finalidade de reequilibrar as paixões descontroladas do alienado, que causavam a sua doença. De tal maneira, a terapêutica do tratamento moral buscava curar o alienado, trazendo-o de volta à razão, dissipando por completo os delírios, maldades e os déficits morais

---

<sup>51</sup> Que surgiu a partir de 1822 (FOUCAULT, 2012).



causadores das desordens do doente através da ordem, do controle e, também, da punição. Em outras palavras, a incumbência dos médicos era a normalização dos comportamentos anormais dos loucos que podiam ser recuperados<sup>52</sup>.

Dessa forma, Foucault (2012) ao analisar as relações de poder que atravessavam todas as práticas dentro do asilo, fez o seguinte questionamento: “Como esse arranjo de poder, essas táticas e estratégias do poder podem dar lugar a afirmações, negações, experiências, teorias, em suma, a todo um jogo de verdade?” (FOUCAULT, 2012, p. 18). Esse questionamento parte do seu pressuposto que, desde o ato fundador da psiquiatria e por um longo período de sua história, pelo menos até a metade do século XX, o que se desenrolou dentro dos asilos/hospitais psiquiátricos não representaram práticas médicas justificadas por um saber científico assemelhado à medicina clínica da mesma época, ao contrário, explicitavam-se os jogos de poder disciplinar, as encenações do saber-poder e a distribuição de forças em torno da “alienação”.

Ainda, segundo o mesmo autor, só foi possível que a psiquiatria se inscrevesse com essas práticas, tão discrepantes de práticas médicas clínicas, como uma especialidade no interior da medicina, porque eram realizadas por médicos e dentro de estabelecimentos médicos.

Em suas palavras:

É, portanto, essa heterogeneidade que vai marcar a história da psiquiatria no momento mesmo em que ela se funda no interior de um sistema de instituições que a vincula, entretanto, à medicina. Pois tudo isso, essa encenação, a organização do espaço asilar, o desencadeamento e o desenrolar dessas cenas [de confissões dos doentes], só é possível, só é aceito e só é institucionalizado no interior de estabelecimentos que recebem nessa época o estatuto médico, e da parte de pessoas que têm a qualificação médica (FOUCAULT, 2012, p. 16. Grifo nosso).

Nesse sentido, Foucault não estava só analisando a questão do saber, mas o tripé saber-verdade-poder. Uma vez que, foi esse tripé que possibilitou à psiquiatria se apropriar da loucura – usurpando do louco todo o seu direito de saber e poder sobre sua doença – como objeto e se consagrasse como ciência médica.

O autor descreve essa estratégia de poder da seguinte forma:

---

<sup>52</sup> Haviam os loucos considerados incuráveis, que permaneceriam na mesma lógica do grande enclausuramento (CASTEL, 1978).

Nós sabemos sobre o seu sofrimento e a sua singularidade a quantidade suficiente de coisas (de que você nem desconfia) para reconhecer que é uma doença; mas conhecemos essa doença o suficiente para saber que você não pode exercer sobre ela e em relação a ela nenhum direito. Nossa ciência nos permite chamar sua loucura de doença e, por conseguinte, estamos nós, médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em você uma loucura que te impede de ser um doente como os outros: você será, portanto, um doente mental (FOUCAULT, 2012, p. 452. Grifo do autor).

De tal maneira, observa-se que a doença mental era uma figura produzida, não uma verdade descoberta dentro dos asilos. Visto que, a verdade da loucura já estava dada no âmbito das práticas discursivas inquestionáveis do saber-poder psiquiátrico.

Em linhas gerais, o asilo/hospital psiquiátrico era um campo disciplinar, onde o que estava em questão eram: a vitória e a submissão do louco pelas táticas de poder do psiquiatra. No dizer de Foucault:

O grande médico do asilo [...] é aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que tem dela e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la na realidade pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos postos em prática nos asilos do século XIX - [...] a disciplina rigorosa [...] as relações de vassalagem, de posse, de domesticidade, às vezes de servidão entre o doente e o médico - tudo tinha como função fazer do personagem médico o "o mestre/senhor da loucura": aquele que a faz aparecer em sua verdade (quando ela se esconde, quando ela permanece oculta e silenciosa) e aquela que a domina, aplaca e a faz desaparecer, depois de tê-la doutamente deflagrado (FOUCAULT, 2012, p. 445. Grifo do autor).

Assim sendo, Foucault nos mostra, claramente, que foram os dispositivos de poder-saber e os jogos de verdades da psiquiatria, que se organizavam em torno da loucura, que legitimaram a sequestração e sujeição dos loucos dentro dos asilos/hospitais psiquiátricos; verdadeiros espaços panópticos, que se justificavam pela "[...] maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social – que pedia para ser protegida contra a desordem dos loucos – e as necessidades da terapêutica – que pediam o isolamento dos enfermos" (FOUCAULT, 2012, pp. 450-451).

De tal sorte, conclui-se que essa forma mais sofisticada de asilamento refletia e, ainda, reflete o anseio da sociedade de controlar e de afastar os indivíduos indesejados da malha social, que autenticaram e, ainda, autenticam tal instituição, como outras, bem como o saber-poder dos psiquiatras e demais especialistas.

Assim, à luz da nova ciência concomitantemente à hegemonia do saber-poder psiquiátrico, os alienistas/psiquiatras ganharam papel de destaque pela justiça na interface entre criminosos e loucos, conforme explicitamos a seguir.

### 2.3 O Mito da Periculosidade

Este tópico dedica-se a investigar como foi construído, há mais de dois séculos, o objeto periculosidade e o porquê da sua existência até a atualidade. Para tanto, resgatamos alguns acontecimentos que forjaram o mito do louco perigoso. Faz-se necessário, no entanto, trazer o contexto desse período histórico, no que concerne às transformações do sistema punitivo-legal pelas novas tecnologias de punir e de controle social que tem como grande marco a prisão em contraponto ao suplício ou o controle disciplinar em contraponto à soberania.

#### 2.3.1 Da soberania ao controle disciplinar

Na época do absolutismo, a verdade do crime era buscada pela espetacularização pública do suplício do corpo por meio de várias formas de torturas físicas. Conforme Foucault (1999b, p. 38): “A tortura judiciária, no século XVIII, funciona nessa estranha economia em que o ritual que produz a verdade caminha a par com o ritual que impõe a punição”.

Nessa perspectiva, o corpo do supliciado era o ponto sobre o qual o soberano manifestava seu poder como revelador de verdade e como cerimonial de vingança, pois o cometimento de um crime a qualquer súdito era considerado uma ofensa ao próprio rei:

[...] O crime, era um dano voluntário feito a alguém, mas não é apenas isso [...] o crime atingia o soberano; ele atingia os direitos, a vontade do soberano, presentes na lei; por conseguinte, ele atacava a força, o corpo, o corpo físico, do soberano (FOUCAULT, 2014, p. 70).

Sabendo-se que o soberano era a própria lei: “[...] a lei vale como a vontade do soberano” (FOUCAULT, 1999b, p. 41), a sua palavra, então, era o veredicto e a prática despótica do suplício se justificava pela ofensa por ele sofrida.

Nesse sentido, o soberano, como personificação da lei, manejava as peças do processo criminal de acordo com a sua vontade e interesse. Isto é, não havia nenhum ordenamento jurídico que ditasse as regras das penas. As regras vigentes eram somente as ditadas por ele. Assim, o suplício cumpria o papel do interrogatório, e o processo de inquérito era reduzido à confissão. Intentava-se com isso, que o crime se manifestasse e se anulasse no corpo fustigado do criminoso. Ou seja, o corpo era transformado no próprio crime.

Dessa maneira, o suplício não objetivava restabelecer a justiça, mas tão somente reafirmar o poder real, portanto, devia ser presenciado pela população para servir de exemplo, para que ninguém ousasse afrontar o soberano.

Segundo Foucault, a prática de punição pelo suplício não era a mais utilizada, contudo, era a mais marcante devido ao seu horror e a que mais simbolizava o poder incontestável do Rei. Logo, ela abrigava uma “função jurídico-política” (FOUCAULT, 1999b, p. 42).

Por tal motivo, a finalidade do suplício era “menos estabelecer um equilíbrio de que fazer funcionar, até um extremo, a dissimetria entre o súdito que ousou violar a lei e o soberano todo-poderoso que faz valer sua força”, a pena era executada não para dar “o espetáculo na medida, mas do desequilíbrio e do excesso; [...] uma afirmação enfática do poder e de sua superioridade intrínseca” (FOUCAULT, 1999b, p. 42).

Isso porque, na lógica dos suplícios os mecanismos do poder eram absurdamente potentes; não se tinha a lei na medida, o que se tinha era o princípio da manifestação excessiva dos castigos, uma comunicação por meio do atroz.

Contudo, a partir de meados do século XVIII, esse tipo de castigo bárbaro já não estava mais sendo tolerado, pois era, totalmente, contrário à nova concepção de mundo do ideário iluminista.

Assim, atrelado ao capitalismo industrial, à ascensão da burguesia e, sobretudo, à emergência da sociedade disciplinar tornou-se imperativo que a justiça criminal se adequasse as novas exigências do cenário da época, fazendo-se necessário a substituição do suplício por uma nova tecnologia de punição que ao invés de vingar, punisse. Gestando, de tal maneira, uma reforma no direito criminal que, segundo Foucault (1999b), deve ser entendida como uma nova economia do poder de punição que pretendia ser mais eficiente e menos custosa, tanto no sentido político, quanto no sentido econômico.

Nessa esteira, os reformadores da época, tendo como maior ícone o Marquês de Beccaria<sup>53</sup>, foram os responsáveis pelo estabelecimento do novo arcabouço da doutrina clássica do direito penal que defendia a humanização das penas. De tal maneira, promoveram como diretrizes fundamentais desse novo ordenamento, dentre outras, as seguintes: o crime deveria ser previsto em lei; a pena deveria ser proporcional ao dano causado e a lei penal tinha que ser útil à sociedade, agora, contratualista.

Nesse escopo, as penas tinham como função não mais a vingança, mas a requalificação dos indivíduos como sujeitos de direito, além de servirem para inibir os outros indivíduos a não romperem com o pacto social.

Com efeito, houve uma nova definição do criminoso que passou a ser considerado como um inimigo interno, aquele que rompe com o contrato social, essa nova determinação de criminoso seria muito importante “na história da teoria do crime e da penalidade” (FOUCAULT, 2002, pp. 80-81).

Em linhas gerais, a partir das mudanças políticas, econômicas e sociais, bem como a supressão dos suplícios atrozizados percebidos como incentivadores à violência<sup>54</sup>; a tecnologia do poder disciplinar e a pena, a partir de então entendida como instrumento corretivo e preventivo, passou a ser aplicada por um dispositivo administrativo especializado, onde a prisão, que era um local para custodiar os criminosos até sua punição, transformou-se numa engrenagem de adestramento e correção para modificar e reformar os indivíduos que desrespeitassem a lei. De tal maneira: “O castigo passou de uma arte das sensações insuportáveis a uma economia dos direitos suspensos” (FOUCAULT, 1999b, p. 14).

Nessa nova conjectura, a prisão se tornou a punição por excelência que, ancorada na disciplina, tinha por finalidade recuperar o indivíduo e reinseri-lo à sociedade. Curioso, nos diz Foucault (1999b), a privação de liberdade não estava nas modalidades<sup>55</sup> de penas previstas no projeto dos reformadores. Além disso,

---

<sup>53</sup> Publicou a obra ‘Dos delitos e das penas’ em 1764, se opondo severamente aos suplícios. A doutrina clássica do direito penal que se baseava no pacto social, isto é, tinha por finalidade prevenir a sociedade pela conduta criminosa de alguns indivíduos, pautava-se no livre arbítrio (FOUCAULT, 1999b).

<sup>54</sup> “A execução pública é vista então como uma fornalha em que acende a violência” (FOUCAULT, 1999b, p. 13).

<sup>55</sup> As penalidades previstas no projeto original eram: deportação, trabalho forçado, vergonha ou escândalo público e pena de talião. Mas, essas penas, a partir de 1820, serão desviadas “dos princípios teóricos que encontramos em Beccaria e Bentham [...]”. A deportação desapareceu bem rapidamente; o trabalho forçado foi geralmente uma pena simplesmente simbólica, em sua função de reparação; os mecanismos de escândalo nunca chegaram a ser postos em prática; a pena de

complementa o autor, a penalidade de privação de liberdade tem “menos em vista a defesa geral da sociedade que o controle e a reforma psicológica e moral das atitudes e do comportamento dos indivíduos” (FOUCAULT, 2002, p. 85).

A prisão foi, pois, uma das instituições que emergiram na sociedade disciplinar com o poder para controlar os comportamentos dos indivíduos, que não pôde mais se concentrar unicamente na instituição judiciária, sendo distribuído por uma rede de outras instituições que passaram a auxiliar a justiça a enquadrar os indivíduos por toda sua vida, não mais para punir os crimes, contudo, para adestrar e normalizar os comportamentos. Assim, para vigilância surgiu a polícia e para correção surgiram as instituições: psiquiátricas, psicológicas, médicas, criminológicas e pedagógicas. Esse período foi denominado por Foucault (2002), de ortopedia social/controle social.

Ainda, segundo Foucault (2002, pp. 87-88) foi na mutação do ritual do inquérito “procedimento pelo qual, na prática judiciária, se procurava saber o que havia ocorrido. Tratava-se de reatualizar um acontecimento passado através de testemunhos”, para o ritual do exame: “Um saber que tem agora por característica não mais determinar se alguma coisa se passou ou não, mas determinar se um indivíduo se conduz ou não como deve, conforme ou não a regra”, que se deu o primeiro passo rumo à trama perversa da ligação entre loucura e perigo. Em outras palavras, o exame não objetivava entender a dinâmica do crime, mas, sobretudo, a biografia do autor.

Sendo assim, o exame psiquiátrico se tornou o instrumento por excelência que desse momento em diante faria “uma demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão” (FOUCAULT, 2014, p. 27). - Da mesma maneira, segue na atualidade.

Outra informação importante que Foucault (2014) nos traz é que, até o final do século XVII, não existia a noção de crime monstruoso e, igualmente, não se questionava sobre a natureza do criminoso:

Não há natureza do crime monstruoso; na verdade, não há mais que um combate, que uma ira, que um furor, a partir do crime e entorno dele. Não há mecânica do crime que seria da alçada de um saber possível; não há

---

talião desapareceu rapidamente, tendo sido denunciada como arcaica para uma sociedade suficientemente desenvolvida” (FOUCAULT, 2002, pp. 83-84).

mais que estratégia de poder que exhibe sua força em torno e a propósito do crime. E por isso que até o fim do século XVII, ninguém nunca se interrogou verdadeiramente sobre a natureza do criminoso (FOUCAULT, 2014, pp. 72-73).

Visto que, o próprio ritual de suplício expunha e anulava a monstrosidade do crime. Portanto, não havia monstrosidade no crime, pois sempre havia uma punição mais atroz para responder, imputada pelo poder sem limites e inquestionável do soberano.

Desse modo, para o autor: “[...] o reverso da relação de soberania era a guerra [...], o reverso da relação disciplinar é, agora, a punição, a pressão punitiva ao mesmo tempo minúscula e contínua” (FOUCAULT, 2014, pp. 63-64).

Em síntese, houve uma descentralização do poder de controlar os indivíduos, que passou a ser distribuído entre vários saberes institucionalizados pela nova tecnologia das disciplinas. Assim, como houve um deslocamento do objeto da ação punitiva que passou do crime para o criminoso por meio do procedimento do exame.

Segundo Foucault (1999b) com esse deslocamento houve, por meio da lei, um arranjo de substituições tênues e rápidas:

Sob o nome de crimes e delitos [...]. Julgam-se também as paixões, os instintos, as anomalias, as enfermidades, as inaptações, [...] hereditariedade. Punem-se [...] as agressividades, as violações, e ao mesmo tempo, as perversões, os assassinatos que são, também, impulsos e desejos (FOUCAULT, 1999b, p.19).

De tal maneira, o que estava sendo julgado eram as noções vinculadas nos dispositivos de saber-poder da psiquiatria e da justiça criminal, a saber, o próprio indivíduo.

### 2.3.2 Dos crimes monstruosos à produção do objeto periculosidade

Foucault (2006b), em seu texto: “A Evolução da Noção de ‘Indivíduo Perigoso’ na Psiquiatria Legal do Século XIX<sup>56</sup>”, enuncia as questões que possibilitaram essa construção, situando-a no início do século XIX.

De acordo com o autor, foi nesse momento histórico, quando se conferiu à psiquiatria o status de ciência médica, simultaneamente, com a reforma penal na

---

<sup>56</sup> Apresentado em 24 e 26 de outubro de 1977, na Comunicação ao simpósio de Toronto “Law and Psychiatry”, Clarke Institute of Psychiatry (FOUCAULT, 2006b).

Europa e na América, e a instalação da sociedade disciplinar, como mostramos no tópico anterior, que os psiquiatras começaram a intervir na esfera penal. Portanto, esses acontecimentos importantes conjugados a ocorrência de vários crimes considerados monstruosos, visto que eram cometidos sem razão, paixão ou motivo, no próprio seio familiar ou pessoas próximas; com requintes de crueldades. Por isso, também, denominados pela psiquiatria como crimes contra a natureza que possibilitaram tal intervenção.

Esses crimes elencam uma série que ocorreram, entre os anos de 1800 a 1835. Destacamos como exemplos os: da camponesa de Sélestat, (1817), que em meio ao inverno rigoroso, a miséria e a ausência do marido, mata sua própria filha, decepando-lhe a perna e a cozinhando na sopa. Em Paris, Henriette Cornier (1825), uma criada que após conseguir a permissão da vizinha de seus patrões para lhe confiar à filha por algum tempo: mata a criança, decapita-a e lança sua cabeça pela janela, pouco antes da mãe da criança chegar para buscá-la. Em Viena, Catherine Ziegler assassina seu filho bastardo e alega que foi uma força incontrolável que a levou a cometer o crime. Absolvida declara que seria melhor ter sido presa, pois poderia matar de novo, como de fato fez. Após dez meses, engravidou apenas para matar o bebê, conforme o seu relato no tribunal depois de cometer o crime.

Os assassinatos ilustrativos que trouxemos à cena, por um lado chocavam e amedrontavam a população. Por outro, interrogavam não só o sistema médico, como o sistema penal. Porquanto eram considerados totalmente ininteligíveis, servindo como fio condutor para um novo diagnóstico: a loucura criminal ou monomania homicida. Essa, segundo os psiquiatras à época, só se manifestava no próprio crime e seus sintomas podiam se extirpar após o seu cometimento – baseada na mania sem delírio criada por Pinel. Consequentemente, o autor do crime não tinha como ser responsabilizado juridicamente pelo seu ato, uma vez que ele não podia dominar essa loucura incontrolável e inconsciente.

A respeito desse novo diagnóstico Foucault (2006b, pp. 7-8) postula que:

O que a psiquiatria inventou no século XIX foi esta entidade absolutamente fictícia de um crime louco, um crime inteiramente louco, uma loucura que nada mais é do que o crime. Aquilo que, por mais de meio século, foi chamado de monomania homicida.



Nesse sentido, a monomania homicida, patologia criminal concebida por Esquirol<sup>57</sup> para designar esses crimes, foi a fenda propícia para que os psiquiatras utilizassem seu saber com intuito de marcar lugar de poder, como os únicos especialistas-cientistas aptos a diagnosticarem o grau intrínseco do perigo à loucura. Logo, extremamente, necessários para a proteção da sociedade frente ao risco que os loucos constituíam e dos próprios loucos frente a sua enfermidade.

Corroborando com esta ideia, Rauter afirma:

Para a psiquiatria, a questão do crime foi sempre uma estratégia para a confirmação de sua competência, de seu lugar social. O louco é alguém potencialmente capaz de cometer um crime – tal foi sempre a lição dos alienistas. Os loucos são perigosos, ao mesmo tempo que enfermos e por isso mesmo vítimas de sua condição (RAUTER, 2003, p. 41).

Observa-se, portanto, que a psiquiatria na esfera penal não expandiu seus conhecimentos pelas formas de evolução tradicional da doença mental, por exemplo: pela evolução dos quadros da loucura, pela incapacidade inata dos indivíduos, ou pela sintomatologia do furor, entre outros. Recorreu para tanto, a psiquiatrização da delinquência por meio dos grandes crimes.

Não foi pela zona confusa da desordem cotidiana [vagabundagem, violências leves, etc.] que a psiquiatria pôde penetrar à força na justiça penal, mas sim criticando o grande acontecimento criminal, extremamente violento e raro (FOUCAULT, 2006b, p. 6. Grifo nosso).

Nessa citação, nota-se a afirmação que a psiquiatria penetrou ‘à força na justiça’. Isso porque, os juízes resistiram o quanto puderam às tentativas de intervenção da psiquiatria na esfera penal, inclusive, à noção da monomania homicida, contudo, tiveram que aceitar e, até mesmo, solicitar tal intervenção para seguirem o ordenamento jurídico da época.

Desse modo, foi pelo acontecimento desses crimes considerados sem razão, os quais rompiam com a jurisprudência anterior – pois quanto maior a gravidade do crime, menor seria a possibilidade de ligá-lo à loucura – que os juristas necessitaram da interferência dos psiquiatras, tendo em vista que não tinham como aplicar o que era previsto no Código Penal Francês de 1810, em seu artigo 64: “não há crime nem delito, se o indivíduo estiver em estado de demência no momento do ato”

---

<sup>57</sup> Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), médico-psiquiatra francês discípulo de Pinel (FOUCAULT, 2012).

(FOUCAULT, 2014, p. 98). Nesse ponto, surgiu o princípio da porta giratória na esfera penal: a presença da loucura apagava o crime. Diante disso, a instituição psiquiátrica deveria fazer, em certa medida, às vezes da instituição judiciária - como faz até hoje. Uma inovação na lei influenciada pelas diretrizes dos reformadores.

Logo, com o surgimento do crime patológico a máquina penal emperrou, pois os indivíduos que os praticavam não se enquadravam no estado demencial, portanto, era necessário entender o porquê do ato cometido. Quer dizer, a inteligibilidade do crime, além de entender a racionalidade do indivíduo que o cometeu, pois era a razão do indivíduo que o tornava punível.

Por conseguinte, Foucault (2014, p. 99) enuncia que a mecânica penal do século XIX, lastrada até os dias atuais, é “uma inadequação entre a codificação dos castigos, e o sistema legal que define a aplicabilidade da lei criminal”. Por ele denominada de: tecnologia punitiva ou exercício de poder de punir.

Esse equívoco repousava no fato de se querer encontrar a racionalidade do sujeito criminoso. Sendo assim, privilegiava-se cada vez mais a referência do saber psiquiátrico, ao invés de uma referência da lei. Em outras palavras, havia um afastamento da letra da lei e uma associação cada vez maior a uma referência psíquica, que necessitava do olhar adestrado de um especialista, para identificar o perigo inerente ao criminoso, indicando aos juízes se deveriam ou não punir. Essa nova mecânica objetivava dar sustentação aos juízes em seus veredictos.

Mais, especificamente, nessa complementaridade médica-jurídica que se passou a retribuir a pena não mais ao delito, mas ao indivíduo que o cometeu, por uma cumplicidade geral “[...] vemos júris criminais declarar que alguém é culpado e depois, ao mesmo tempo, pedir que apesar da culpa afirmada pela sentença, seja mandado para um hospício psiquiátrico por ser doente”. Os juízes, por sua vez, aceitavam essa proposição, por saberem que “[...] no fim das contas, a chance de sair de um hospital psiquiátrico não é maior do que sair de uma prisão” (FOUCAULT, 2014, p. 28). Retórica, ainda presente, na atualidade. Ou melhor, o pensamento atual se apresenta de forma mais cruel, pois a medida de segurança de internação, além de ser imputada a indivíduos que cometem delitos leves, pode se reverter em uma pena de “prisão perpétua ou de morte”.

Dessa maneira, infere-se que foi por meio desse jogo de saber-poder na parceria entre psiquiatria e o direito penal, que utilizavam o exame psiquiátrico como instrumento essencial, atrelado às noções de maldade e de perigo, que produzia a

internação em hospitais psiquiátricos; uma forma de exclusão, de castigo e de punição, mascarada pelo “tratamento moral Pineliano” (BARROS-BRISSET, 2011, p. 46). Ou, hodiernamente, no caso dos manicômios judiciários, para “tratamento” psiquiátrico compulsório.

À vista disso, se antes o perigo do louco estava ligado à desrazão, ao delírio, que podia ser percebido, facilmente, porquanto os sinais eram numerosos, com a monomania homicida o perigo do louco passou a ser ligado a um tipo de impulso perverso imprevisível e só detectável por um especialista.

Em suma, essa nova mecânica de poder de punir em que: “A razão do sujeito criminoso é a condição que a lei se aplica” (FOUCAULT, 2014, p. 99), necessitou de um saber específico para determinar se o ato praticado era razoável e compreensivo. De tal modo, o poder de punir do juiz passou a ser legitimado pelo saber científico do especialista psiquiatra, situação de desconforto para os magistrados. Uma vez que, o crime sem razão não encontrava suporte no ordenamento jurídico, o qual só reconhecia a inimputabilidade nos casos que demonstravam a “desqualificação do sujeito pela loucura” (FOUCAULT, 2014, p. 100).

Mas, se por um lado os juízes ficaram embaraçados com tal situação, porque, de certa maneira, perderam a hegemonia do poder de punir. Por outro, a psiquiatria percebeu nesses crimes a oportunidade fecunda para se firmar como um saber médico-científico especializado, pois o crime sem razão “é a prova do seu saber, é a justificação do seu poder” (FOUCAULT, 2014, p. 104).

E o panorama da época reforçou ainda mais o saber-poder psiquiátrico, uma vez que às transformações socioeconômicas proporcionaram um desenvolvimento das cidades, uma transformação na demografia, entre outras conseqüências. Acarretando uma horda de desempregados, de mendigos, de doentes e de loucos. Enfim, de “desvalidos de todos os gêneros” nos grandes espaços cênicos contribuindo para um aumento expressivo da criminalidade, e do medo na população, como reflexo uma repressão mais acentuada e eficaz aos crimes pelo o Estado. Os loucos, por sua vez, eram os mais temidos. Por excelência, segundo os especialistas, eles representavam o verdadeiro perigo social, “seja porque a loucura lhes parecia ligada a condições insalubres de vida (superpopulação, promiscuidade, vida urbana, alcoolismo, libertinagem), seja ainda porque era percebida como fonte

de perigos (para si mesmo, para os outros)” (FOUCAULT, 2006b, pp. 10-11. Grifo do autor).

De tal sorte, os psiquiatras encontraram na exclusão dos indesejados o “remédio” eficaz para combater a ameaça que os mesmos representavam a sociedade. Claro, em total sintonia com os juízes – equação presente, também, na contemporaneidade. Nesse sentido, como já citamos, houve estrategicamente a necessidade de transformar a loucura em doença e associá-la ao perigo, para definitivamente a psiquiatria “funcionar, de fato, como ciência relacionada à higiene pública” (FOUCAULT, 2014, p. 100).

A monomania homicida foi sendo abandonada, em meados do século XIX, por duas razões: por um lado, devido à sua fraca noção de uma loucura parcial, que se apresentava só em alguns momentos. Por outro, pelas novas ideias de doença mental: as que não se tratavam, necessariamente, de um dano ao pensamento ou à consciência, no entanto, estariam associadas a prejuízos na afetividade, nos instintos e em comportamentos automáticos. Nesses casos, as formas de pensamento permaneciam praticamente intactas. Esses novos diagnósticos foram denominados como: loucura moral, loucura instintiva e perversão. Essa última foi associada a partir de 1840, principalmente, aos desvios sexuais.

De acordo com Foucault (2014) a noção de instinto foi fundamental para a transformação da organização do problema que girava em torno da loucura para toda uma série de questões sobre o anormal. No dizer do autor, o instinto foi:

[...] o grande vetor da anomalia. É a partir do instinto que toda psiquiatria do século XIX vai poder trazer às paragens da doença e da medicina mental [...] todos os grandes distúrbios e todas as pequenas irregularidades de conduta que não pertencem à loucura propriamente dita (FOUCAULT, 2014, p. 112).

Foucault nos esclarece que esse acontecimento foi possível não por um saber da psiquiatria, mas pelos jogos de poder característicos da instituição judiciária e do poder-saber médicos. Segundo ele, esses efeitos epistemológicos emergiram a partir de:

[...] certa distribuição e de certa engrenagem dos mecanismos de poder, uns característicos da instituição judiciária, outros característicos da instituição, ou antes, do poder e do saber médicos. Foi nesse jogo entre os dois poderes, é em sua diferença e em sua engrenagem, nas necessidades que tinham um do outro, nos apoios que tomavam uns do outros, foi aí que

se deu o princípio da transformação [do delírio na identificação da loucura para a noção de instinto - no anormal] (FOUCAULT, 2014, p. 114. Grifo nosso).

De tal modo, a noção de instinto fez desaparecer o impasse entre os dois mecanismos de poder, o penal e o psiquiátrico, pois o instinto pôs fim ao escândalo jurídico dos crimes sem razão - impuníveis. Isso porque, a partir do princípio do instinto esses crimes se reduziram a termos inteligíveis. Dessa maneira, produziu efeitos tanto no sentido da aplicação das penas pelo judiciário, quanto para psiquiatria no papel político do controle social.

Nessa linha, Rauter postula que a partir do momento que a psiquiatria fez da loucura seu objeto e se apropriou do poder de identificar os comportamentos anormais nos cidadãos, mesmo sem cometerem nenhum crime, a psiquiatria lhes concedeu um destino inédito, pois “eles não serão excluídos por uma infração a um código de leis explícito, como criminoso. Mas ao serem definidos como doentes, sua exclusão justifica-se como tratamento” (RAUTER, 2003, p. 43).

A outra ideia de doença tratava-se da degeneração, a qual trazia a noção de doença mental como uma ilusão complexa e poliforma, que poderia apresentar sintomas em qualquer estágio de seu desenvolvimento, não só no próprio indivíduo, mas em gerações<sup>58</sup>.

O diagnóstico de degeneração foi elaborado por Morel<sup>59</sup> exposto, em 1857, no seu Tratado de Degenerescências, cumpria o mesmo papel da monomania homicida, porém com conteúdos distintos, porque “com a degeneração temos outra maneira de isolar, de percorrer, de recordar uma zona de perigo social e lhe dar, ao mesmo tempo, um estatuto de doença, um estatuto patológico” (FOUCAULT, 2014, p. 102). Dado que, no estado de degeneração os estigmas permanentes ou estáveis estavam associados ao delito, demonstrando que na conduta do indivíduo havia um desequilíbrio funcional e estrutural, se distinguia, nesse sentido, da monomania homicida, pois essa não tinha nenhuma forma de ser identificada, a não ser pelo próprio crime.

Com essas novas concepções sobre a doença mental, principalmente, com a noção de instinto e de degeneração, a questão psiquiátrica não ficaria mais situada em torno dos grandes crimes monstruosos, mas em todo domínio das infrações.

---

<sup>58</sup> FOUCAULT, 2006. Id., 2014.

<sup>59</sup> Bénédicte Augustin Morel (1809-1873), médico-psiquiatra franco-austríaco (FOUCAULT, 2012).

Não será mais simplesmente nessa figura excepcional do monstro que o distúrbio da natureza vai perturbar e questionar o jogo da lei. Será em toda parte, o tempo todo, até nas condutas mais ínfimas, mais comuns, mais cotidianas, no objeto mais familiar da psiquiatria, que esta encarará algo que terá, de um lado, estatuto de irregularidade em relação a uma norma e que deverá ter, ao mesmo tempo, estatuto de disfunção patológica em relação ao anormal (FOUCAULT, 2014, p.139).

Dessa maneira, fez-se um deslocamento importante na teoria jurídica de responsabilidade penal da monomania homicida ao instinto, à degenerescência. Na monomania homicida a irresponsabilidade se vinculava ao não entendimento da motivação do ato criminoso, enquanto que na degeneração houve a possibilidade de um nexo causal em todos os comportamentos criminosos ou não. De tal forma que, a transição do ato sem motivo ao ato instintivo, à predisposição hereditária possibilitou a junção do menor dos criminosos à ameaça potencial a malha social.

Destarte, com a noção de degeneração se constituiu a psiquiatrização do anormal que ligada à noção de hereditariedade desassociou a doença da anormalidade. Sendo assim, a psiquiatria abandonou quase por completo a concepção de cura e se apropriou da função de prevenção de comportamentos indesejados:

[...] a partir do momento em que a psiquiatria adquire a possibilidade de referir qualquer desvio, anomalia, retardo, a um estado de degeneração, vê-se que ela passa a ter uma possibilidade de ingerência indefinida nos comportamentos humanos. Mas, dando-se o poder de passar por cima da doença dando-se o poder de desconsiderar o doentio e o patológico, e de relacionar diretamente os desvios das condutas a um estado que é ao mesmo tempo hereditário e definitivo, a psiquiatria se dá o poder de não procurar mais curar (FOUCAULT, 2014, p. 276).

Tal acontecimento possibilitou à incursão dos psiquiatras com seu saber-poder para além dos muros do asilo.

O passo seguinte da psiquiatria intensificaria mais ainda o seu poder, a saber, a noção de criminoso nato. A teoria desenvolvida por Cesare Lombroso<sup>60</sup> apregoava que os delinquentes já demonstravam tendências criminosas desde a infância. Nesse sentido, haveria uma continuidade da delinquência por toda sua vida com uma ínfima possibilidade de recuperação. De tal sorte, as penas que funcionariam como forma de prevenção para o cometimento de novos delitos, não surtiem nenhum efeito sobre o criminoso nato.

---

<sup>60</sup> Cesare Lombroso (1835-1909) médico-psiquiatra-criminologista Italiano. A publicação do seu livro *L'Uomo Delinquente* em 1871 foi considerada fundadora da Criminologia (RAUTER, 2003).

Na Antropologia Criminal de Lombroso, o criminoso nato era um ser atávico, pois carregava uma potente carga biológica. Um indivíduo comparado a seres pré-humanos, isto é, apresentavam física e mentalmente características primitivas do homem, se distinguindo, em quase todos os níveis, de um indivíduo normal. Em virtude de seu atavismo, o criminoso nato trazia uma variedade de sinais físicos, facilmente, reconhecíveis, como por exemplo: cabeça pequena, deformada, fronte fugidia, sobrancelhas salientes, maçãs afastadas, orelhas malformadas, braços compridos, face enorme, impulsividade, mentiroso e falador de gírias, além de “insensibilidade geral e à dor, anomalias nos reflexos, o canhotismo, a atipia do crânio e miolos” (LOMBROSO, 2010, p. 195). Mediante aos sinais físicos se identificariam os indivíduos que por hereditariedade estariam “determinados ao crime”, um passo para a detenção ou até eliminação a favor da defesa social.

Dessa maneira, a psiquiatria vai se firmando como saber científico dentro da criminologia no século XX. Contudo, Rauter (2003) explica a diferença primordial entre a criminologia e o discurso psiquiátrico sobre o crime: a criminologia reflete uma mudança, dentro do próprio direito penal, influenciada pelas ciências humanas. Já a psiquiatria, externa a esfera penal, busca marcar seu lugar de intervenção, nesse âmbito, concorrendo com o direito penal na administração dos criminosos, para tanto estreitou cada vez mais a relação entre crime e loucura.

No dizer de Rauter:

Se a criminologia buscou, a partir de Lombroso, estabelecer entre crime e anormalidade uma relação estável, por outro lado apenas a psiquiatria afirmou de modo inequívoco que o criminoso é quase sempre um doente mental. Embora buscando causas mórbidas para o crime, a criminologia não deixou de tematizá-lo enquanto tal, enquanto a psiquiatria pretendeu colocá-lo como mais uma dentre outras manifestações de loucura, medicalizando a noção de crime e transferindo-a para a esfera da psiquiatria (RAUTER, 2003, p. 41).

De tal forma, a psiquiatria vinculando o crime à loucura, por meio da periculosidade inata dos indivíduos, criou a tríade prevenção-tratamento-reabilitação, que culmina, hodiernamente, na segregação dos loucos infratores nos hospitais-prisão, sob o manto artificioso de proteção dos mesmos e da sociedade, através da medida de segurança - mecanismo de controle social punitivo - criada por meio da aliança normatizada entre psiquiatria e direito penal.

Nessa esteira, Foucault (2014) propõe uma vinculação da ideia de defesa social cunhada pela psiquiatria com suas noções de instinto, hereditariedade, atavismo a uma forma de racismo que se difere, nessa época, do racismo étnico:

O racismo que nasce na psiquiatria dessa época é o racismo contra o anormal, é o racismo contra os indivíduos, que, sendo portadores seja de um estado, seja de um estigma, seja de um defeito qualquer, podem transmitir a seus herdeiros, da maneira mais aleatória, as consequências imprevisíveis do mal que trazem em si, ou antes, do não normal que trazem em si (FOUCAULT, 2014, p. 277).

À vista disso, a estratégia de controle social realizada no entrelaçamento das áreas psiquiátricas e jurídicas cingiu suas práticas discursivas na precaução social, elemento, extremamente, potente de uma nova mecânica de poder, a biopolítica, que passou a engendrar a vida do indivíduo e da população como objeto de agenciamento de poder. Segundo Foucault (1999c) o poder político de gerir a vida emerge a partir, do século XVII, em torno de dois núcleos que se integram. O primeiro, centrado nas técnicas disciplinares, tem como objeto o homem-corpo, isto é, uma “anátomo-política do corpo humano” (FOUCAULT, 1999c, p. 131). O segundo se desenvolveu, a partir dos meados do século XVIII, centrado exatamente na biopolítica, que tem como objeto o homem-espécie transpassado pela lógica biológica, investida em processos que são específicos da vida: nascimentos, mortalidade, condição de saúde, entre outros. Nesse sentido, a biopolítica é empregada para “designar o que faz com que a vida entre no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana”<sup>61</sup> (FOUCAULT, 1999c, p. 134). A biopolítica se opõe completamente a teoria da soberania que se traduzia em “fazer morrer e deixar viver”, visto que a partir dessa nova tecnologia de poder a equação passou a ser “fazer viver e deixar morrer”. De tal maneira, inferimos que os “anormais” entraram nesse bojo da parte da equação de deixar morrer, subjetivamente e/ou fisicamente, a partir do encarceramento nos hospícios, hospitais-prisão, prisões, em prol da segurança e bem-estar dos ditos “normais”.

---

<sup>61</sup> Embora os fatores biológicos sempre tenham produzido efeitos na história da humanidade foi com a introdução dessa nova tecnologia de poder que pela primeira vez o fator biológico refletiu-se no campo político, por meio da gestão do saber e pela intervenção do poder sobre a vida. A partir de então, a massa populacional passa a ser a preocupação principal do Estado moderno, devendo ser governada e normalizada (FOUCAULT, 1999c).



Em linhas gerais, nessa nova ordem de controle social, de normalização dos comportamentos dos indivíduos, a psiquiatria se afirmou definitivamente como uma medicina social, com a função de prevenir a coletividade dos imprevisíveis riscos dos anormais. O alvo do saber psiquiátrico se transferiu dos “monstros raros” aos “monstros cotidianos” e a sua intervenção se ampliou em todo corpo social, por meio do âmbito penal.

Ao que tange ao âmbito penal, Foucault explicita que o grande escândalo na teoria penal ocorreu, no final do século XIX, com o surgimento da personagem periculosidade, a qual “[...] significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível dos seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (FOUCAULT, 2002, p. 85).

A partir de então, a penalidade se tornou a base do controle das ações que os indivíduos podem vir a fazer e não daquelas em desobediência a lei. Isto é, mudou-se, totalmente, o paradigma de penalidade vislumbrado, no século XIX, que era a inexistência de punição sem lei ou sem comportamento explícito transgressor ao ordenamento jurídico.

Neste momento, cabe sinalizar a diferença entre Foucault e Barros-Brisset no que concerne à inscrição da loucura perigosa à psiquiatria. Para Foucault (2006b) a inscrição da loucura perigosa ocorreu a partir da noção de monomania homicida. Já Barros-Brisset (2011) aponta Pinel como responsável por tal inscrição, quando retomou a noção de alienação mental baseando-a na ideia de déficit moral, designando, desse modo, a loucura como violenta, imprevisível, sem culpa; logo, perigosa.

Porém, não há divergência em relação ao surgimento do conceito de periculosidade recepcionado, definitivamente, no início do século XX, por um deslizamento da noção de responsabilidade sem culpa do direito civil. Especificamente, dos riscos ligados a certos tipos de ações e procedimentos, que impulsionavam a sociedade capitalista, os quais não podiam ser eliminados, mas deviam ter seus efeitos controlados para diminuir os riscos futuros.

A noção de responsabilidade sem culpa abriu caminho para que o direito civil incorporasse o conceito de probabilidade causal ou de risco, que fez surgir uma sanção com o propósito de “defender, proteger, de fazer pressão sobre os inevitáveis riscos” (FOUCAULT, 2006b, p. 22).

Logo, foram dos conceitos acima referidos – responsabilidade sem culpa e probabilidade causal/risco – advindos do direito civil, que o direito penal se utilizou para a produção da noção de periculosidade de um indivíduo. Ou seja, o indivíduo seria penalmente responsável sem ter que provar se ele era culpado ou não, mas apenas correlacionando o ato cometido ao risco de criminalidade que era inerente a ele. Conforme Foucault (2006b, p. 22): “Ele é responsável, já que apenas por sua existência ele é criador de risco, mesmo que não seja culpado já que não preferiu, com toda liberdade, o mal ou o bem”.

Nessa perspectiva, segundo os especialistas jurídicos, a penalidade não objetivava punir um sujeito de direito, mas mitigar o risco intrínseco a ele, por meio de exclusão, eliminação ou medidas terapêuticas, tudo isso em nome da defesa da sociedade. O conceito de responsabilidade sem culpa, também, inaugurou a ideia de inimputabilidade sem liberdade utilizada pelos saberes da antropologia, da psiquiatria e da psicologia. Depreende-se, assim, a sua correspondência com a inimputabilidade do louco infrator em cumprimento da medida de segurança nos hospitais-prisão.

De tal modo, se estreitou ainda mais a união “perigosa” entre a psiquiatria e o judiciário que passaram a imprimir com mais rigor a periculosidade aos indivíduos. Periculosidade, vale destacar, significa uma mera virtualidade, pois presume que no futuro o indivíduo cometerá algum crime só pela sua condição de ser “anormal”. Foucault (2014) se manifesta criticamente em relação a essa aliança, assinalando que a:

[...] junção do médico com o judiciário implica e só pode ser efetuada pela reativação de um discurso essencialmente parental-juvenil, parental-infantil, o que é o discurso dos pais com os filhos, que é o discurso da moralização mesma da criança. [...] é o discurso que não apenas se organiza em torno do campo da perversidade, mas igualmente em torno do problema do perigo social: isto é, ele será também o discurso do medo, um discurso que terá por função detectar o perigo e opor-se a ele. [...] cuja organização epistemológica, toda ela comandada pelo medo e pela moralização, não pode deixar de ser ridícula, mesmo em relação à loucura (FOUCAULT, 2014, pp. 30-31).

De modo não casual, reafirma-se que a psiquiatria necessitou sempre, de alguma maneira, ligar à loucura ao crime para se posicionar como o saber-poder científico capacitado para resolver as questões relacionadas ao perigo dos indivíduos que se encontram em estado de “anormalidade”. Para tanto, utilizou-se

dos discursos ubuescos do perito psiquiatra materializados nos exames psiquiátricos. Esses se propõem a duas finalidades: a primeira, fazer do delito o próprio indivíduo, ou seja, o delito passa a ser um traço individual. A segunda, fazer um deslocamento do nível da realidade do delito. Dito de outra forma, o exame psiquiátrico retira a infração da lei e a situa no campo de regras psicológicas, éticas e morais. Dessa maneira, eles objetivam não apenas “dobrar o delito com a criminalidade, depois de ter dobrado o autor da infração com o sujeito delincente”, ademais eles configuram um novo personagem: o psiquiatra-juiz (FOUCAULT, 2014, p. 19).

De tal sorte, constata-se que, há mais de dois séculos, os exames periciais psiquiátricos continuam, praticamente, com finalidades idênticas em relação aos loucos infratores, tratando-se de verdadeiros mecanismos de poder e de exceção às normas de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais. Embora com a sua racionalidade questionada pelas ciências humanas, manteve o poder de produzir “verdades”. Uma dessas “verdades”, como vimos, legitimou a noção fictícia, mitológica, sem fulcro algum de cientificidade da personagem periculosidade, para com isso afastar, até os nossos dias, do cenário social os loucos infratores<sup>62</sup> e encerrá-los nos hospitais-prisão (HCTPs), infringindo, diretamente, as leis de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais.

---

<sup>62</sup> Da mesma forma que fazem com todos os outros que consideram indesejáveis, “os vulneráveis de todos os gêneros”. Que, de igual maneira, as nossas subjetividades vêm sendo produzidas, a fim de naturalizarmos a ligação do crime à pobreza.

### 3 AS LEIS E SUAS CONTRADIÇÕES

*Nada é impossível de mudar. Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceites o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.*

BERTOLT BRECHT<sup>63</sup>

Nesta parte, abordamos as normas legais destinadas à proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, destacando a Lei 10.216/01 e a Constituição Federal de 1988 em contraponto ao ordenamento jurídico penal do instituto medida de segurança, pois acreditamos ser importante esse entendimento e problematização, quando falamos em periculosidade e HCTPs. Para tanto, começamos com uma breve história do movimento que culminou com a promulgação da Lei 10.216 em 2001, conseqüentemente, da reforma psiquiátrica, e, posteriormente, descrevemos as normativas relacionadas ao dispositivo medida de segurança com discussões de estudiosos e profissionais da área.

#### 3.1 Reforma Psiquiátrica: Breve Percurso da Itália ao Brasil

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil sofreu grande influência de Basaglia<sup>64</sup> que, na Itália, fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática. Ele foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios e a conceber um novo olhar sobre o doente mental e, através de renovadoras estratégias, possibilitou uma nova maneira de cuidado<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> BRECHT, Bertolt. **Poema**: Nada é impossível de mudar. Disponível em: [http://www.culturabrasil.org/brecht\\_antologia\\_poetica.htm#Nada%20%C3%89%20Imposs%C3%ADvel%20De%20Mudar](http://www.culturabrasil.org/brecht_antologia_poetica.htm#Nada%20%C3%89%20Imposs%C3%ADvel%20De%20Mudar). Acesso em 01/12/2018.

<sup>64</sup> Franco Basaglia (1924-1980). Psiquiatra italiano, diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, de 1961 a 1971, a partir do ano de 1971 assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste. *In*: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Franco\\_Basaglia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia). Acesso em 09/09/2018.

<sup>65</sup> AMARANTE, 1995.

Ao final de 1971, Basaglia chega a Trieste e inicia a desconstrução do modelo manicomial.

Nesse sentido, Desviat postula:

Ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão e violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. A Psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses. A prática converteu-se numa ação política (DESVIAT, 1999, p. 42).

Tratou-se, portanto, de um processo, de uma reconstrução dos saberes e práticas, não só no campo mental, como no campo jurídico. Modificaram-se os dispositivos, os locais, as práticas e, sobretudo, a forma de olhar os sujeitos, agora, vistos como sujeitos de direitos. Com reflexões críticas sobre a concepção da doença e da própria produção da psiquiatria foram desconstruindo-se conceitos cristalizados, nos quais o louco devia ser excluído e mantido à parte da sociedade.

A experiência italiana levou a um rompimento radical com o saber/prática psiquiátrica, pois o que estava em questão era “um projeto de desinstitucionalização<sup>66</sup>, de desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com a objetivação da loucura e sua redução a doença” (AMARANTE, 1995, p. 53).

Dessa maneira, criou-se um novo paradigma de atenção que não somente cuida, mas também cria novas maneiras de subjetivação e humanização para os sujeitos que precisam de assistência psiquiátrica. Tratando-se, principalmente, de um movimento político e social que abriu as portas para a reforma psiquiátrica na Itália<sup>67</sup>.

E sob forte influência do trabalho de Basaglia foi aprovada na Itália a Lei 180, em 13/05/1978, que trouxe várias mudanças ao cenário político, social e psiquiátrico da época. Entre todas as mudanças observadas, foram consideradas como as de

---

<sup>66</sup> Amarante destaca a diferença entre desinstitucionalização e desospitalização, uma vez que esta diz respeito a perceber mudanças como a extinção dos manicômios enquanto espaço físico, ao passo que aquela denota a compreensão, segundo o autor da “[...] instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes” (Amarante, 1995, p. 54), ou seja, como produtora de entendimentos relacionados com fenômenos sociais, políticos e históricos.

<sup>67</sup> “O Movimento Psiquiátrico Democrático, muitas vezes, confundido com a própria tradição teórica de Franco Basaglia é, na verdade, um movimento político constituído, a partir de 1973, com objetivo de construir bases sociais, cada vez mais amplas, para viabilização da reforma psiquiátrica na tradição basagliana em todo território italiano” (AMARANTE, 1995, p.54).

maior importância: a extinção dos manicômios<sup>68</sup>, as medidas de cuidado, de assistência e um novo direcionamento para as questões dessas pessoas, não só pelos saberes psiquiátricos, bem como pelo Estado e toda a sociedade.

Nas palavras de Basaglia (1982, p. 29): “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação”.

Desse modo, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica não se constituiu, tão somente, como um espaço contra a psiquiatria ou hospital, ela ultrapassou esses conceitos e foi ao encontro de algo muito mais complexo: a própria sociedade capitalista, que por sua ferocidade se faz causadora de muitas injustiças, exclusões e sofrimentos a todos aqueles que são considerados “alheios” aos padrões estabelecidos por ela: “os desvalidos de todos os gêneros”.

No Brasil, na década de 70, no momento de explícita crítica ao modelo político vigente, e ao anseio de redemocratização do país, nasce o movimento sanitário e com ele são dados os primeiros passos para reforma psiquiátrica no país. Nessa esteira, diversas críticas foram feitas em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social, tais privatizações foram denominadas como a “Indústria da Loucura”, visto que as instituições particulares contratadas pelo Estado com o intuito de promover maior abrangência na assistência psiquiátrica visavam, prioritariamente, o lucro e, assim, contribuíam para o revigoreamento do modelo manicomial e para a exclusão dos doentes.

Nesse período histórico, no ano de 1978, ocorreu uma grande crise devido às acusações de médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II em referência às péssimas condições de trabalho, aos maus tratos dos pacientes, aos estupros, ao trabalho escravo, a mortes não esclarecidas e as ineficazes políticas de saúde mental e trabalhista – fatos não muito diferentes nos dias atuais nos hospitais-prisão. Esse feito acabou por impulsionar profissionais de várias unidades, além da aderência de várias instituições como: o Movimento de Renovação Médica (REME), as Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos (CEBES), dentre outras entidades da

---

<sup>68</sup> A partir de 31 de março de 2015, também, foram abolidos todos os hospitais judiciários na Itália. (VENTURINI, 2015) *In*: CFP. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/ernesto-venturini-e-a-utopia-possivel/>. Acesso em 27/09/2018.

sociedade civil, conseguindo atingir a mídia e despertando o interesse e a indignação da população<sup>69</sup>.

Nessa conjuntura, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) com o objetivo de:

Constituir-se em espaço de luta não institucional, em *lócus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 58).

Assim, em meio a denúncias e reivindicações, o movimento, alternando-se entre propostas de transformação psiquiátrica e organização corporativa, articulou ações e asserções sobre o paradigma existente, concebendo os primeiros passos para a transformação do modelo manicomial, consolidando-se, após dez anos, no movimento de luta antimanicomial brasileiro.

Em obra posterior, Amarante afirma que o MTSM

[...] passa a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. [...] busca uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, cujos indícios podem ser encontrados, seja nas denúncias ao modelo oficial – de caráter predominantemente privatizante e ‘hospitalocêntrico’ –, seja na elaboração de ‘alternativas’ inspiradas basicamente em propostas de desospitalização (AMARANTE, 2008, p.13).

De tal modo, o MTSM pôs em pauta propostas inovadoras, completamente, diferentes das anteriores, que almejavam mudanças puramente de teor técnico. O movimento assumiu uma postura crítica ao saber psiquiátrico e foi caminhando para a consolidação da atual reforma psiquiátrica.

E, em torno da efervescência do ano de 1978, em outubro ocorre o ‘V Congresso Brasileiro de Psiquiatria’, que ficou conhecido como ‘Congresso da Abertura’. Isso porque, pela primeira vez, os movimentos em saúde mental tiveram a oportunidade de se posicionarem diante “de setores considerados conservadores”, que buscavam manter os manicômios (AMARANTE, 1995, p. 60). Tais movimentos estavam organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria. Esse evento

---

<sup>69</sup> AMARANTE, 1995.

possibilitou não somente as reivindicações de questões relativas às transformações da política de saúde mental, como também à crítica ao regime político nacional<sup>70</sup>.

No mesmo mês aconteceu outro significativo evento, o 'I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições', no Rio de Janeiro, o qual possibilitou "a vinda dos principais personagens da Rede de Alternativas à Psiquiatria, do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, [...] entre eles: Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman e outros" (AMARANTE, 1995, pp. 61-62). Nesse congresso surgiram grandes discussões, ponderações e polêmicas; a maior delas proferida por Basaglia, quando condenou veementemente "a natureza elitista do evento e da própria psicanálise" (AMARANTE, 1995, p. 62).

Em janeiro do ano seguinte (1979), aconteceu, em São Paulo, o 'I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental'. Nele verificou-se que a luta pelas modificações nas políticas de saúde estava, diretamente, ligada a outras lutas das esferas sociais em busca de uma sociedade mais justa e democrática.

Em novembro desse mesmo ano ocorreu o 'III Congresso de Psiquiatria', em Minas Gerais, do qual Basaglia, Slavich e Castel, também, participaram. Esse novo encontro trouxe em seu cerne debates referentes à realidade assistencial, aos planos de reformulação propostos pelo governo, aos trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica, além dos temas sociais.

Nessa ocasião, Basaglia teve a oportunidade de conhecer o Hospital Colônia Barbacena, situado no mesmo estado, que comparou a um campo de concentração pelo o horror que ocorria naquele local, fortemente registrado em vários artigos, livros, filmes, como por exemplo: "Holocausto Brasileiro" de Daniela Arbex e o filme intitulado "Em Nome da Razão", de Helvécio Ratton.

Novos encontros foram realizados para dar sequência aos debates e reflexões sobre as questões da assistência médico-psiquiátrica, das políticas de saúde mental, do ensino médico, das privatizações nas instituições manicomiais, da exclusão dos doentes e do controle social, dentre outros<sup>71</sup>.

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTST), já alicerçado como movimento social, trouxe como lema: 'Por uma Sociedade sem Manicômios'.

---

<sup>70</sup> AMARANTE, 1995.

<sup>71</sup> AMARANTE, 1995.



[...] que significou abraçar a bandeira da eliminação progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros tipos de equipamentos comunitários, territorialmente circunscritos e voltados para a inserção social dos usuários, como passam a ser chamados os “doentes mentais”, no contexto de recuperação de sua cidadania, identidade e condições de sujeitos (PASSOS apud FONTE, 2012, s.p. Grifo da autora).

Desse modo, inseriu-se na sociedade uma “discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios” (AMARANTE, 1998, p. 81), que instigou a desinstitucionalização como forma de possibilitar práticas de assistências fora dos hospitais através de territórios, e de um movimento de desconstrução dos conceitos e saberes positivistas e da exclusão psiquiátrica.

Em decorrência dessas discussões, nesse mesmo ano foi instituído, em São Paulo, o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) que seria futuramente um dispositivo fundamental para facilitar a inclusão social dos asilados no país<sup>72</sup>.

A reforma psiquiátrica em seu percurso, como já mencionado, começou voltada à concepção de desinstitucionalização e teve seu marco na luta contra anos de repressão do militarismo, bem como na busca por um Estado democrático, fato que ocorreu, em 1988, com a nova Constituição Federal (CF). Essa Constituição contempla um capítulo exclusivo sobre a questão da saúde, nos artigos 196 a 200, que já inseria os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), que somente foi regulamentado pela Lei 8.080<sup>73</sup> (CC/MS), no ano de 1990. Abaixo destacamos a “SEÇÃO II - DA SAÚDE” da CF/88:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...].

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, s.p.).

Nessa Constituição democrática a saúde passa a ser vista de forma ampla, e as políticas públicas buscam melhores condições de vida para toda a população, o

---

<sup>72</sup> AMARANTE, 1998.

<sup>73</sup> Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

que foi um expressivo avanço. No novo cenário, o movimento antimanicomial se fortaleceu, e deu-se início ao processo de criação das primeiras leis.

No ano seguinte, outro acontecimento importante ocorreu: a Secretária Municipal de Saúde de Santos (SP) iniciou um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta em consequência de severas queixas de maus-tratos e de diversas mortes de pacientes. Esse episódio teve grande repercussão na sociedade. A partir disso, foram promovidas considerações sobre formas de cuidado humanizado e de estratégias para a inserção na comunidade desses sujeitos<sup>74</sup>.

Ainda no ano de 1989, o então deputado Paulo Delgado, baseando-se na lei italiana 180, apresentou um Projeto de Lei de sua autoria, nº 3657/89, “que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (BRASIL, 2005, p. 7). O projeto de lei foi rejeitado, porém tornou-se um marco crucial para que se iniciassem as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nas esferas legislativa e normativa.

Sob essa nova perspectiva, em 1990, outro grande marco adveio: a ‘Conferência Internacional de Caracas’ resultando na Declaração de Caracas “[...] que se configura a embasar as iniciativas de reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Continente” (BRASIL, 2002, p. 6).

Por fim, fechando o ciclo dos eventos de maior relevância, em 1992, aconteceu a ‘II Conferência de Saúde Mental’, que trouxe como proposta tópicos específicos: Direito à “Atenção Integral e Cidadania; [...] Atenção à Saúde Mental e Municipalização”, entre outros, além da pretensão que as leis saíssem do papel e fossem cumpridas, tornando-se, a partir da publicação de seu relatório final, o direcionamento oficial para reorganização da saúde mental no Brasil<sup>75</sup>.

Fonte (2012, s.p) assinala que foi a partir desses dois últimos eventos que fomentaram no Brasil as “primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária”, espelhando-se nos exemplo das experiências dos NAPS<sup>76</sup> (Núcleo de Assistência Psicossocial), CAPS<sup>77</sup> (Centro de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dias<sup>78</sup>.

---

<sup>74</sup> BRASIL, 2005.

<sup>75</sup> BRASIL, 1994.

<sup>76</sup> Unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. Portaria 224/1992 (BRASIL, 1992).

Em 2000, a Portaria 106 (GM/MS) instituiu os Serviços de Residências Terapêuticas<sup>79</sup> (SRT) em saúde mental com objetivo de atender pacientes em longa permanência, egressos do sistema asilar.

E, após duas décadas de luta, finalmente, foi aprovada a Lei Federal 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em seu primeiro artigo, os legisladores afirmam os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, proibindo qualquer tipo “de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (BRASIL, 2001). Destacamos os seguintes artigos:

O artigo 2º que contempla os direitos dessas pessoas, de seus familiares ou responsáveis, quais sejam:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

O artigo 3º dispõe que é responsabilidade do Estado desenvolver: política de saúde mental, assistência e promoção de ações de saúde as pessoas portadoras de transtornos mentais com a participação da sociedade e da família. Os serviços

---

<sup>77</sup> Foi instituído pela mesma portaria do NAPS e, com iguais atribuições, ampliado através da Portaria 336/02 (GM/MS) que descrevemos mais adiante (BRASIL, 2002).

<sup>78</sup> Unidade de assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. Portaria 44/2001 (BRASIL, 2001).

<sup>79</sup> Moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

devem ser oferecidos em instituição ou unidades, que possibilitem a devida assistência às especificidades dessas pessoas. Já o artigo 4º deixa clara a excepcionalidade da internação, que só deve ocorrer quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

De tal modo, percebe-se o expressivo avanço da Lei 10.216/01 em relação aos direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais que coadunam com os preceitos dos direitos constitucionais. Nesse sentido, a partir da sua promulgação houve a criação e/ou aperfeiçoamento de vários dispositivos, que melhorou significativamente o modelo assistencial psiquiátrico no país, o que possibilitou a desinstitucionalização de várias pessoas, até então preteridas, mantidas encarceradas, que tinham seus direitos e suas dignidades violados.

Em suma, a lei 10.216/2001 trouxe uma vigorosa e clara oposição aos mais de 300 anos de exclusão e segregação das pessoas portadoras de transtornos mentais. Dessa maneira, observa-se que os legisladores privilegiaram a cidadania, a dignidade e a inclusão social desses indivíduos com efetiva cooperação da família e dos serviços comunitários de saúde mental, esses últimos sendo dispositivos prioritários no tratamento desses cidadãos.

Com essa nova lógica, outras leis e portarias foram criadas para consolidar, ainda mais, o processo de desinstitucionalização, dentre elas: A Portaria 336/02 (GM/MS), que amplia os Centros de Atenção Psicossocial<sup>80</sup>, criando os CAPS I<sup>81</sup>, CAPS II<sup>82</sup>, CAPS III<sup>83</sup>, CAPSi<sup>84</sup> e CAPSAD<sup>85</sup>. A Lei Federal 10.708/2003 (CC/MS) que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais egressos de internações. E a portaria 52/2004(GM/MS) que instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, o qual estabeleceu a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos em troca de uma rede comunitária de atenção psicossocial, bem como

---

<sup>80</sup> Cumpre a tarefa de realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, subdivididos em quatro modalidades de acordo com suas especificidades (BRASIL, 2002).

<sup>81</sup> Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes (BRASIL, 2002.).

<sup>82</sup> Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

<sup>83</sup> Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

<sup>84</sup> Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes (BRASIL, 2002).

<sup>85</sup> Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002).

o redirecionamento dos recursos utilizados na instituição hospitalar para as ações territoriais e comunitárias de saúde mental.

Apesar das expressivas conquistas a luta antimanicomial vem sofrendo significativos retrocessos, o mais assustador se materializou com a Resolução 32, de 14 dezembro de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT/MS), quando afirma em seu 1º artigo, item 10, que o hospital psiquiátrico passa a ser integrante dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Essa proposição vai de encontro à Reforma Psiquiátrica, que prioriza o atendimento na rede extra-hospitalar, além de direcionar para o fechamento progressivo dos leitos nos hospitais psiquiátricos, como já mencionado. Ademais, em seu artigo 9 § IV reajusta o valor de diárias para internação em hospitais psiquiátricos de forma escalonada, em relação aos atuais níveis, conforme o porte do Hospital. Isto é, fomenta atividades que obtém lucros, pois quanto maior for tempo de duração da internação e o número de internos, maior será o repasse de verbas para instituição. Depreende-se, portanto, que retrocedemos à época da “indústria da loucura”, e que o retorno dos terríveis manicômios não é apenas uma ameaça a nos assombrar, mas a realidade que nos sobrevêm.

De tal sorte, essa nova política estatal promove estragos significativos às conquistas construídas, por mais de duas décadas, em prol de uma política de saúde mental direcionada a superar o manicômio e a segregação.

Nessa paisagem tão sombria, que vem se delineando, é preciso continuar lutando contra esses tipos de enunciações ardilosas, que objetivam destruir os avanços conquistados em nosso país em prol das pessoas portadoras de transtornos mentais. Resistir nas micropolíticas em nosso cotidiano, nas alianças potentes dos que desejam e buscam, com todas as suas forças, uma pátria justa e igualitária para todos. Não podemos admitir esse tipo de anacronismo. Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar que não só precisamos lutar para mantermos em vigor a lei 10.216/01, dentre outras normativas em favor dos mais vulneráveis, as quais buscam revogar e/ou alterar por meio de artimanhas inescrupulosas e jogos semânticos, que pretendem disfarçar as verdadeiras intenções maléficas, como também devemos cobrar que elas transpassem em sua total plenitude as páginas de códigos, estatutos e normas em geral, para se efetivarem concretamente no mundo real, coisa que, infelizmente, muitas vezes, não acontece no Brasil. Os exemplos são fartos, mas citamos, a seguir, apenas alguns do nosso campo de pesquisa: as

péssimas condições de trabalho, a falta de insumos básicos, de medicação, de mão de obra adequada nos dispositivos substitutivos (RAPS) e o desmonte desses dispositivos essenciais para oferecer a devida e justa assistência aos que sofrem com transtornos mentais.

Por isso, continuemos com o enfrentamento dessas decisões ardis sem a participação popular que, por sinal, foi à base primordial para a construção das políticas assistenciais conquistadas pelo movimento antimanicomial e que deve ser para qualquer outro tipo de decisão, a qual diga respeito ao povo. Afinal, vivemos em uma democracia. No nosso campo de trabalho, ou seja, nos hospitais-prisão, os embates terão de ser ainda maiores, pois nem sequer houve a implementação da reforma psiquiátrica, tampouco, o cumprimento das leis que asseguram os direitos dos loucos infratores, conforme veremos, a seguir, ao discorrermos sobre o dispositivo medida de segurança.

### 3.2 Medida de Segurança: A Maldade Consentida pelo Estado

O conceito de medida de segurança (MS), conforme Choen foi introduzido no Direito Penal, no século XVIII, denominada como época humanitária do Direito, através de forte influência do Iluminismo: “movimento que pregou a reforma das leis e da administração da Justiça Penal” (CHOEN, 2013, pp. 26-27).

Essa medida referendou-se no Código Penal Brasileiro (CP), em 1940. Entretanto, ela já era prevista em Códigos Penais de outros países, sendo registrada pela primeira vez no Código Penal da Suíça, em 1893. O instituto foi constituído, pois, verificava-se a necessidade de uma nova forma de resposta da justiça penal, que visasse à recuperação das pessoas tidas como perigosas.

A MS, de acordo com a legislação penal, nos remete ao conceito de sanção com o escopo de caráter preventivo e de proteção social, somente, aplicada a pessoas consideradas perigosas, como já mencionado. Trata-se de uma política estatal para custodiar os portadores de transtornos mentais em conflito com a lei.

Merece mencionar, como nos relata Cordeiro e Lima (2013), que o conceito de periculosidade, em seu surgimento, abarcava também os sujeitos tidos como criminosos comuns, os que não eram considerados doentes mentais. No Brasil,

desde a lei 7.209/84,<sup>86</sup> que trouxe alterações no Código Penal (CP), somente os doentes mentais carregam este estigma de periculosidade.

Com isso, sustentou-se cada vez mais a justificativa do isolamento e penalização a essa massa de pessoas que por sua suposta “potencialidade perigosa” fica fadada aos mandos e desmandos daqueles que os rotularam dessa maneira – os especialistas – e, por extensão, a todos que têm certa ingerência sobre os mesmos, por meio das instituições que atuam, como por exemplo, os hospitais-prisão.

Importante citar, que só o juiz tem o poder de determinar a MS através de sentença transitada e julgada,<sup>87</sup> nos casos em que for comprovado por meio de exame pericial que a pessoa que cometeu o delito, além de ser portadora de doença mental ou retardo mental ‘era’ inteiramente incapaz de entender a ilicitude do ato – inimputável. Ou, ainda, em consequência de perturbação de saúde mental ou retardado ‘não era’ inteiramente capaz de entender a ilicitude do ato – semi-imputável<sup>88</sup>.

Sendo a pessoa semi-imputável, o denominado fronteiroço, só será submetida à internação caso o juiz verifique a necessidade especial de tratamento curativo. Em outras palavras, se o juiz considerar a pessoa perigosa.

Ainda, sobre o semi-imputável existem duas possibilidades: redução obrigatória de um a dois terços da pena aplicada<sup>89</sup> ou substituição da pena privativa de liberdade por MS: internação ou tratamento ambulatorial<sup>90</sup>.

A MS se divide em duas espécies: Detentiva efetivada nos HCTPs e em sua ausência, em instituição adequada. Restritiva com efetivação nos serviços substitutivos (RAPS<sup>91</sup>).

---

<sup>86</sup> Antes da Reforma Penal de 1984, a lei utilizava-se do sistema duplo binário, que consistia na possibilidade de aplicação dupla: de pena e MS. Ou seja, o indivíduo era punido duas vezes pelo mesmo fato, pois era aplicada, também, aos imputáveis, desde que fosse determinada a sua periculosidade - uma maneira de prolongar o encarceramento dos indivíduos considerados perigosos. A partir da Reforma, entra em vigor o sistema vicariante, a pena passa ser fundamentada, exclusivamente, na culpabilidade e a MS na “periculosidade” aliada à incapacidade penal do indivíduo. Nas palavras de Bitencourt (2012): “[...] Era a maior violência que o cidadão sofria em seu direito de liberdade, pois, primeiro cumpria uma pena certa e determinada, depois, cumpria outra “pena”, esta indeterminada, que ironicamente denominavam medida de segurança”.

<sup>87</sup> Artigo 171 da Lei de Execução Penal (LEP) (BRASIL, 1984)

<sup>88</sup> Artigo 26 CP (BRASIL, 1940).

<sup>89</sup> Artigo 26 § único CP (BRASIL, 1940).

<sup>90</sup> Artigo 97 CP (BRASIL, 1940).

<sup>91</sup> Artigo 96 CP “I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial” (BRASIL, 1940, s.p).

Nesse tocante, no caso dos inimputáveis<sup>92</sup> o juiz determinará sua internação, contudo, se o delito que o sujeito praticou for punível com detenção, o juiz, baseando-se em sua discricionariedade, poderá determinar o tratamento ambulatorial<sup>93</sup>.

Mas o que ocorre na prática é que os juristas – os detentores do poder-saber jurídico – preferem optar pela MS detentiva, conforme múltiplos casos que pude verificar enquanto estagiária no hospital-prisão, em que diversos cidadãos encontravam-se aprisionados, por vários anos, pelo cometimento de pequenos delitos ou sem provas evidentes do crime cometido. A função da exclusão é, de fato, segregar, higienizar e eliminar aqueles divergentes dos padrões instituídos pela sociedade.

No que tange ao prazo do cumprimento da MS é no mínimo de um a três anos<sup>94</sup> ou até se verificar a cessação de periculosidade da pessoa portadora de transtornos mentais em conflito com a lei por meio de exame pericial.<sup>95</sup> Depreende-se que o prazo é indeterminado, pois está vinculado à perícia. Nos casos em que após perícia é concedida a desinternação, no período de um ano, se a pessoa cometer outro delito ou não comparecer ao tratamento ambulatorial condicionado, o juiz poderá solicitar a sua reinternação<sup>96</sup>. Isto quer dizer, que a pessoa ainda se encontra atrelada à justiça, pois necessita dar continuidade ao seu tratamento no CAPS.

O estigma e a discriminação que as pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei carregam, tornam-se uma porta giratória para uma nova sentença de reinternação, como o caso de um egresso do hospital-prisão que

---

<sup>92</sup> São também considerados inimputáveis, conforme o artigo 27 (C.P): “Os menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, ficando sujeitos às normas estabelecidas na legislação especial”. Normas constantes no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), lei 8069/90 (BRASIL, 1990).

<sup>93</sup> Artigo 97 CP: “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação [...]. Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial” (BRASIL, 1940, s.p).

<sup>94</sup> Artigo 176 LEP “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 [...]” (BRASIL, 1984, s.p).

<sup>95</sup> Conforme artigo 97 CP §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 um a três anos” (BRASIL, 1940, s.p).

<sup>96</sup> Artigo 97 §3º e §4º CP “A desinternação ou liberação será sempre condicional devendo ser restabelecida condicional a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos” (BRASIL, 1940, s.p).



abriu o zíper de sua calça, enquanto aguardava o atendimento no CAPS. Esse ato foi interpretado como tentativa de estupro, que resultou no seu retorno ao encarceramento. No caso de paciente não advindo de hospital-prisão, tal ato seria tolerado, porém, tratando-se do louco infrator, outras providências foram tomadas. Isto é, a denúncia na delegacia e, posteriormente, a sua reinternação. Ressaltamos que muitos serviços substitutivos têm enorme resistência em admitir os loucos infratores. Tal recusa demonstra que a concepção da periculosidade repercute até nos cuidados dispensados pelos profissionais da saúde mental das RAPS.

Outra situação frequente no hospital-prisão era a realização do exame pericial, em local distante, por um perito psiquiatra que não acompanhava o paciente no decorrer de sua estada na instituição. Não estando vinculado ao parecer da equipe técnica, não raro esse especialista, na sua avaliação pontual, com seu “saber-poder” ser contrário ao parecer da equipe técnica, que fazia o acompanhamento do paciente até a sua desinternação: trabalhava o vínculo familiar de modo a reativar a vinculação fragilizada ou totalmente rompida, como também o atrelava a um CAPS ou a uma Residência Terapêutica<sup>97</sup>. Essa última nos casos de rompimento irreversível do vínculo familiar.

No tocante ao parecer do perito externo ser, totalmente, desvinculado aos pareceres das equipes que acompanham os pacientes no hospital-prisão, a comissão de parecer do Ministério Público Federal (MPF) se manifestou, afirmando: “Fica claro, ainda, que o legislador penal mantém a centralidade da perícia e da atenção à saúde mental da pessoa com transtorno mental na figura do médico e não da equipe psicossocial, conforme preconiza a lei n.10.216/2001” (MPF, 2011, p. 47).

Sobre o tempo das respostas dessas perícias, elas devem acontecer em até 45 dias, exceto quando os peritos alegarem necessidade de mais prazo<sup>98</sup>. Contudo, a excepcionalidade “da necessidade” tornava-se procrastinação quase indefinida.

No que tange ao deslocamento dos pacientes-prisioneiros ao local do exame pericial, expomos a foto do veículo que fazia o transporte, com no mínimo dois inspetores responsáveis por essa tarefa.

---

<sup>97</sup> Importante citar a falta de vagas nas RTs, pois há uma escassez desse tipo de dispositivo fundamental em nosso país.

<sup>98</sup> Artigo 150 § 1º Código de Processo Penal (CPP): “O exame não durará mais de quarenta e cinco dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo” (BRASIL, 1941, s.p).

Figura 1 – Veículo SOE (Serviço de Operações Especiais)



Fonte: Galeria de imagem do sindicato dos servidores do sistema penal<sup>99</sup>

Como nota-se o veículo é, totalmente, fechado, sem ventilação. Os pacientes-prisioneiros eram agrupados junto a outros custodiados, fossem de outros hospitais-prisão ou de presídios com destinos diversos, ou seja, sem distinção de suas condições psiquiátricas. Ficavam alocados por horas<sup>100</sup> sem oferta de comida ou água e local para as suas necessidades fisiológicas. Após horas dentro desse veículo, quando finalmente chegavam à instituição de destino, não raro encontravam-se sujos de seus excrementos e dos excrementos alheios. Saíam algemados e eram “jogados” em uma cela até serem chamados para se submeterem ao procedimento, o máximo que lhes era dado, assim mesmo apenas quando pediam, era água. Totalmente estressados após tamanha violência física e subjetiva: com fome, com sede, sujos, suados e humilhados eram examinados pelo perito. Talvez aí resida, também, alguma das razões de tantas negativas de cessação de periculosidade por parte dos peritos.

Aqui abrimos um parêntese, para registrar mais uma narrativa de Primo Levi (1988), de quando ele e seus companheiros foram jogados e amontoados em vagões de trem, local que permaneceram com fome, sede, descaso etc. a caminho do campo de concentração de Auschwitz:

Era isso mesmo, ponto por ponto: vagões de carga, trancados por fora, e, dentro, homens, [...] socados sem piedade, como mercadoria barata [...] privações, as pancadas, o frio, a sede, durante a viagem e depois dela [...] a

<sup>99</sup> Sindicato dos Servidores do Sistema Penal. *In*: Sindsistema. Disponível em: <http://www.sindsistema.com.br/noticias/>. Acesso em 15/08/18.

<sup>100</sup> Algumas dessas locomoções já duraram mais de oito horas, segundo relatos de alguns pacientes e minha própria constatação.

cada parada, gritávamos pedindo água [...] Havia também a fome, a fadiga [...] (LEVI, 1988, pp.15-16).

Mais uma vez enxergamos semelhanças na forma assombrosa de “vida sem valor” dada aos dois grupos de pessoas (pacientes-prisioneiros/prisioneiros dos campos de concentração) rebaixadas a (não) pessoas, a objetos desvalorizados por um poder arbitrário e grotesco de um verdadeiro estado de exceção.

Retornemos ao controverso tema da MS com o posicionamento de alguns autores:

Segundo Nucci (2007) a MS é um meio de sanção penal sem caráter punitivo, mas de natureza preventiva e curativa, que se aplica aos sujeitos inimputáveis ou semi-imputáveis, a fim de evitar o cometimento de novos delitos, que possibilita o tratamento do sujeito, enquanto persistir sua periculosidade.

Na mesma perspectiva, seguem Cohen (2013) e Ramos (2013) que postulam ser a MS uma providência preventiva, com intuito de resguardar a sociedade de um possível perigo social, que não visa culpar o doente mental infrator, contudo, assistir o sujeito custodiado em seu tratamento.

Para esses autores, entre outros, a MS é vista de forma positiva e necessária para o bem comum da sociedade, e para disponibilizar tratamento adequado aos loucos infratores. Traduzindo-se como uma forma de proteção a todos.

Em sentido oposto, temos a visão de Pierangeli e Zaffaroni (2004) que julgam ter a MS, em seu âmago, um teor de pena, visto que quando se retira da pessoa o seu direito de liberdade por alguma atitude por ela praticada, a mesma se revela como punição.

Na mesma direção, seguem Gomes (1993) e Ferrari (2001) que analisam a MS como uma maneira de invasão do Poder Estatal na vida dos homens, em seus direitos constitucionais, principalmente, ao direito de liberdade; que necessita ser devidamente regulamentada e limitada pelos dispositivos da Carta Magna de 1988. Isto é, deve-se respeitar e garantir todos os princípios constitucionais como qualquer outro tipo de sanção penal.

Barros-Brisset, em consonância com esses autores, explicita esse conceito em seu texto intitulado ‘Do que se trata a medida de segurança’:

Justificativa comum para sua aplicação é aquela que se apoia na “oportunidade” dada ao louco infrator, sem tratamento psiquiátrico, de ser cuidado pelos serviços de saúde mental. Na prática, porém, sabemos que

essa situação pode se traduzir em mais uma daquelas em que se transforma a lógica do cuidado numa operação de segregação (BARROS-BRISSET, 2012/2013, p. 229. Grifo da autora).

Assim, segundo esses autores, a MS é uma forma de exclusão, punição e de controle social, que fere a lei 10.216/01 e tantas outras normativas de proteção aos loucos infratores, mascarada sob o viés de cuidado.

A periculosidade, principal objeto desta pesquisa, é o pilar fundamental para aplicação das medidas de segurança, como já descrito. Nesse sentido, faz-se necessário trazer a posição, também, dos autores sobre a questão.

Para Zaffaroni (2007) o conceito de periculosidade associado à pessoa faz com que a mesma esteja na condição de “coisa”, isto é, trata-se o ser humano como mera mercadoria, percebendo-o como algo descartável. Logo, faz com que não o tratemos com a atenção e o cuidado devidos. O autor afirma, ainda, ser essa posição acautelatória nada mais que uma afirmação do poder punitivo: “[...] porque a segurança com relação à nossa conduta futura, como se sabe, não é nada além de um pretexto a mais para legitimar o controle social punitivo” (ZAFFARONI, 2007, p. 21).

Na mesma direção Barros-Brisset (2011/2012) discorre que conceitos como periculosidade, incapacidade, entre outros da mesma estirpe, nada mais são que uma forma dos poderes dominantes determinarem o pior sobre a experiência da loucura, para selecionar aqueles que devem acompanhar livremente a vida em sociedade, os ditos “normais”, e aprisionar, segregar aqueles considerados com “defeito”, os loucos, perigosos, portanto, extremamente temíveis para ordem social.

Ainda, segundo Barros-Brisset (2010a) as falsas verdades produzidas pelo poder-saber disciplinar retiram desses sujeitos a garantia e o justo direito de poderem responder por suas atitudes e conviverem livremente, construindo laços como qualquer outro ser humano.

No artigo supracitado, a autora nos traz um exemplo que suscita essa questão: Fernandinho Beira-Mar, considerado o maior traficante do país, com uma lista extensa de crimes, inclusive homicídios, juridicamente não carrega a “presunção de periculosidade”, embora haja grande possibilidade de cometer novos delitos quando cumprir sua pena, não poderá continuar ser mantido em cárcere, pois juridicamente é considerado capaz de responder pelos seus atos ilícitos. Já o louco infrator, que juridicamente não é responsável pelos seus atos, visando o seu “direito

de ser protegido” pelo o Estado, poderá permanecer em isolamento social por tempo indeterminado ou até por toda sua vida.

Portanto, percebe-se que pelo viés da justiça perigoso não é o sujeito com “presumível” possibilidade de cometer novos delitos, mas sim àqueles que, através de uma avaliação, forem considerados como portadores de transtornos mentais. Para eles só restou, segundo a Barros-Brisset “[...] o silêncio, o isolamento, o massacre cotidiano da sua condição subjetiva e o sequestro institucional dos direitos fundamentais válidos para qualquer pessoa humana” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 19).

Há que se considerar que as leis nada mais são que uma resposta aos anseios da sociedade e nela, de forma clara, o preconceito e a discriminação dispensados aos doentes mentais são expressos através da declaração de que são perigosos. Corroborando com esta perspectiva afirmam Dantas e Pereira:

[...] os processos de criminalização e de punição, ao longo da história, são produzidos socialmente e dimensionar o sentido das leis e da moral que as fundamenta requer estudar as relações sociais construídas, relacionadas à configuração da questão social (DANTAS e PEREIRA, 2009, p. 142).

Assim, a custódia e o aprisionamento são entendidos como uma produção social.

Já o que tange ao saber médico, especialmente, da Psiquiatria a crítica se remete à possibilidade desse saber fomentar, ainda mais, a exclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais, principalmente, para as infratoras que acabam sendo duplamente maculada da pior forma possível.

Venturini em seu texto ‘Diga o Perito se a justiça é capaz de entender e querer: o poder da normalização dos anormais’ traz sua análise sobre essa dialética doente mental/perigoso, deixando claro que seu julgamento não está direcionado ao Direito ou aos seus operadores, todavia para colocar em discussão um específico “saber” da psiquiatria forense que, segundo o autor, não levava e ainda não leva em consideração inteiramente “a revolução copernicana<sup>101</sup> que, com Basaglia,

---

<sup>101</sup> O astrônomo Nicolau Copérnico (1473-1543) formulou a teoria heliocêntrica - a teoria de que os planetas giravam em torno do Sol - para substituir o modelo antigo, de Aristóteles e Ptolomeu, em que a Terra ocupava o centro do universo, o que era mais coerente com os dogmas da Igreja Católica /n: UOL Educação. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/filosofia/kant---a-revolucao-copernicana-a-resposta-ao-problema-do-conhecimento.htm>. Acesso em 30/09/2018.

aconteceu no campo da saúde mental” (VENTURINI, 2012/2013, p. 238), sua crítica se dirige a:

[...] um saber que continua a se referir a conceitos desgastados – verdadeiros preconceitos –, tais como a periculosidade do paciente psiquiátrico, sua imprevisibilidade, irremediável cronicidade, sua total incapacidade de entender e querer, sua inimputabilidade.

Mattos também questiona esse conceito controverso do saber científico:

[...] o conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento “científico”, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático (‘desviante’, ‘criminoso’) do cidadão problemático (seja criança, adolescente, adulto ou idoso) do que propriamente de uma situação concreta (MATTOS, 2006, p. 176. Grifo do autor).

Rauter (2007), sob essa ótica, salienta que, diferente do senso comum, a psicologia científica não pode pretender determinar o que acontecerá no futuro baseada em fatos passados, bem como os operadores ‘psi’ não devem aceitar ou se colocar por conta de seus “saberes” como “futurólogos”, capazes de prever as ações dos indivíduos, servindo como “videntes” para o judiciário tomar suas decisões.

Essas observações nos permitem refletir e questionar as práticas psicológicas que vêm sendo construídas em relação ao louco infrator, e de que forma os saberes ‘psi’ podem estar contribuindo para a mudança de olhar ou para reafirmar essa visão segregadora e estigmatizada desses sujeitos. Tornou-se fundamental que os réus passem pelo crivo de um especialista para, assim, avaliar sua capacidade de delinquir, novamente, leia-se: “periculosidade”.

No que tange ao prazo de duração da MS há, igualmente, querela, pois como visto o legislador penal não estipulou o prazo máximo. Salvo quando tratar-se de doença mental superveniente, em que a MS que substituirá à pena deve ser aplicada até o término da proporção da pena que foi substituída<sup>102</sup>. Sobre isso, vários autores, também, apontam a arbitrariedade desses artigos, dentre eles:

Ferrari afirma que há uma exigência:

---

<sup>102</sup> Artigo 183 LEP “Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança” (BRASIL, 1984, s.p).

[...] que toda sanção aflição tenha duração predeterminada, preservando característica fundamental ao Estado Democrático de Direito, que a intervenção estatal na liberdade do cidadão seja regulamentada e limitada, não podendo furtar-se desta situação a medida de segurança criminal (FERRARI, 2001, p.178).

Nessa mesma direção, Cia (2011) postula que a falta de prazo determinado da MS necessita, urgentemente, de adequação ao nosso ordenamento jurídico, uma vez que vai de encontro aos princípios da legalidade, da proporcionalidade, da igualdade, da segurança jurídica; à proibição de prisão perpétua, como também de tratamentos bárbaros e desumanos.

Ugiette (2009) discorre com mais severidade sobre o assunto, sendo taxativo em dizer que essa falta de prazo é uma arbitrária prisão perpétua, pois não tem cabimento a MS ultrapassar o tempo máximo abstratamente atribuído ao delito cometido.

Perante tantas controvérsias, os Tribunais Superiores estão sendo acionados a se posicionarem diante do instituto da medida de segurança e a decidirem questões de sujeitos que procuram reverter as suas situações.

O STJ (Superior Tribunal de Justiça), em harmonia com opinião de Ugiette, já se pronunciou sobre esse assunto e privilegiou os princípios da isonomia e da proporcionalidade, isto é, o imputável, inimputável ou semi-imputável, que cometerem delitos iguais, devem igualmente ter o mesmo prazo de suas penas/medidas<sup>103</sup>.

Já o STF (Supremo Tribunal Federal) vem se pronunciando divergentemente do STJ, ao postular que a MS é de natureza punitiva e que pode ter o prazo máximo de 30 anos, isso devido à proibição da pena de prisão perpétua em nosso ordenamento jurídico. De tal modo, observa-se que o STF, ainda, segue o ultrapassado CP, no seu artigo 70, não levando em conta o delito, mas o suposto potencial perigoso da pessoa<sup>104</sup>.

---

<sup>103</sup> Habeas Corpus nº 143.315 – RS (2009/0145895-5) – 05/08/10: “[...] o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, com fundamento nos princípios da isonomia e da proporcionalidade [...] estando o paciente cumprindo medida de segurança (internação) em hospital de custódia e tratamento pela prática do delito, [...] o prazo prescricional regula-se pela pena em abstrato cominada a cada delito isoladamente [...]” (BRASIL, 2010, s.p).

<sup>104</sup> Conforme RE 628646 DF: “[...] O Supremo Tribunal Federal firmou o entendimento de que a medida de segurança tem natureza punitiva, razão pela qual a ela se aplicam o instituto da prescrição e o tempo máximo de duração de 30 anos, esse último decorrente da vedação constitucional às penas perpétuas [...]” (BRASIL, 2010, s.p).

Portanto, o tema MS assentada na periculosidade traz em seu cerne várias polêmicas, não só entre doutrinadores e profissionais, bem como os Tribunais Superiores que não apreciam os pareceres de igual maneira.

A situação é tão incoerente e desumana que alguns autores como Venturini (2012/2013) e Barros-Brisset (2011/2012) pensam que a melhor maneira de acabar com essas divergências em torno da MS, pela qual o louco infrator é destituído dos direitos fundamentais previstos na Constituição Federal<sup>105</sup> em prol de uma capciosa proteção não só para ele, mas para toda sociedade seria atribuir a essas pessoas responsabilidade penal com um abrandamento da pena e tratamento adequado. Especificamente, Venturini sustenta veemente em sua enunciação que uma condenação ao cárcere em um presídio seria melhor que a MS, pois, dessa forma, eles teriam seus direitos preservados e não mais seriam usados como objeto de temor no corpo social.

Essa possibilidade de atribuir responsabilidade ao louco infrator, também, foi problematizada na 'IV Conferência de Saúde Mental Intersectorial do Ministério da Saúde' (2010) que em seu relatório final foi aprovada a proposta solicitando alteração do Código Penal – pela abolição do conceito de presunção de periculosidade das pessoas com transtornos mentais privadas de liberdade, com o intuito de lhes garantir o direito à responsabilização, à assistência e à reinserção social, para com isso eliminar a segregação em HCTPs –. Além disso, houve a sinalização da fundamental importância de serem revistos o CP, o Código de Processo Penal (CPP) e a Lei de Execução Penal (LEP) no sentido de suas adequações a Lei 10.216/01, mediante a constituição de “soluções jurídicas, clínicas e sociais” enquanto estiverem atreladas à justiça penal (BRASIL, 2010, pp. 121-122).

Como já explicitamos em tópico anterior, a lei 10.216, a CF e outras normatizações, bem como as Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) nº 5/2004 que dispõe a respeito das “Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança”, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216/2001, e nº 4/2010 (CNPCP) que dispõe sobre as “Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança” ordenando

---

<sup>105</sup> Como direito: à vida, à igualdade, à dignidade, à segurança, à honra, à liberdade e à propriedade, entre outros, previstos no artigo 5º da CF/88 e em seus incisos (BRASIL, 1988).



sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e tem como objetivo, no prazo de 10 anos, a substituição do molde manicomial de cumprimento da MS para o molde antimanicomial. Um grande e necessário avanço rumo a um novo olhar de cuidados sobre essas pessoas e para a democracia do nosso país.

Porém, na prática, nota-se que essas normativas não têm surtido efeito sobre o dispositivo MS, que continua sendo utilizado massiva e arbitrariamente pelo poder-saber dos médicos-juristas-psi, para eliminar do cenário social essas pessoas, resumidas em “vidas nuas”, presas nos HCTPs - verdadeiros campos de exceção -, conforme desenvolvemos a seguir.

## 4 CORPOS MATÁVEIS

*Tá lá o corpo  
Estendido no chão  
Em vez de rosto uma foto de gol [...]  
Em vez de reza  
Uma praga de alguém  
E um silêncio  
Servindo de amém! [...]  
Olhei o corpo no chão  
E fechei  
Minha janela  
De frente pro crime. [...]  
Tá lá o corpo  
Estendido no chão.*

BOSCO & BLANC<sup>106</sup>

Nesta parte, trazemos dados oficiais acerca da condição de “vida nua” dos custodiados nos HCTPs e Alas psiquiátricas, bem como alguns dados sobre a matabilidade dos excluídos sociais, para se observar o *modus operandi* do racismo de Estado e da tanatopolítica empreendidos a todos àqueles que não atendem o modo de sociedade capitalista em que se vive na contemporaneidade, sendo, por isso, considerados descartáveis. Após, abordamos o tema de estado de exceção, caracterizado como seu maior ápice o campo de concentração, para dar suporte à hipótese de considerarmos os HCTPs com similaridades estruturais a eles. Por último, dissertamos sobre o programa PAI-PJ e PAILI como modelos exitosos de alternativas aos encarceramentos nos HCTPs.

### 4.1 As Vidas que Não Merecem Viver

Os hospitais de custódia de tratamento psiquiátrico são estabelecimentos onde pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei cumprem a medida de segurança detentiva. No Brasil, a primeira instituição<sup>107</sup> do gênero, segundo Carrara (2010) foi o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro<sup>108</sup>,

<sup>106</sup> Música “De Frente Pro Crime”, 1975.

<sup>107</sup> O primeiro país a construir um estabelecimento destinado particularmente aos criminosos loucos foi a Inglaterra, em 1863 (CARRARA, 2010).

<sup>108</sup> “Em 1903, a lei especial para a organização da assistência médico-legal a alienados no Distrito Federal, modelo para a organização desses serviços nos diversos estados da União (Dec. 1132 de 22/12/1903), estabeleceu que cada estado deveria reunir recursos para a construção de manicômios judiciários e que, enquanto tais estabelecimentos não existissem, deviam ser construídos anexos especiais aos asilos públicos para o seu recolhimento”. A partir da legislação

implementado em 1921<sup>109</sup>, sob a direção do médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que chefiava até então a Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados. Em 1950, a Instituição passou a se chamar Manicômio Judiciário Heitor Carrilho em homenagem a seu primeiro diretor. Em decorrência da Reforma Penal brasileira de 1984, os manicômios judiciários foram renomeados como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Desde então, esses estabelecimentos proliferaram gradativamente por todo o território nacional.

De acordo com Diniz e Brito (2016, p. 114) os manicômios judiciários “tiveram, na década de 2000, o maior crescimento em 90 anos de história<sup>110</sup>: de 2000 a 2010, foi construído 1/4 dos manicômios judiciários brasileiros”. Totalmente, em desacordo com a política nacional de saúde mental e com a Lei 10.216/01, que preconizam a não criação de novos leitos psiquiátricos.

Dados oficiais da última inspeção nos manicômios judiciários<sup>111</sup> realizada, no ano de 2015, pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e com a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), mostrou as condições degradantes dos estabelecimentos de cumprimento de medida de segurança de detenção (HCTPs, alas psiquiátricas e similares<sup>112</sup>) em nosso país.

O estudo objetivou denunciar a realidade dessas instituições e problematizar questões necessárias e urgentes capazes de orientar a desconstrução dos manicômios judiciários e da lógica penal-manicomial que os mantém em plena atividade, embora totalmente ilegais, de acordo com as normativas de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais e a CF/88, como já exposto. Essas inspeções esquematizaram dados colhidos entre os meses de abril a junho de 2015 em 17 estados do país e no Distrito Federal. Dos 23 estabelecimentos, 18 foram

---

de 1903, cria-se a seção Lombroso, para custodiar os loucos-criminosos no Hospício Nacional de Alienados, localizado no Rio de Janeiro (CARRARA, 2010).

<sup>109</sup> No Brasil, em relação aos criminosos loucos, o Código Penal Brasileiro de 1890 apenas determinava, que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos, se assim fosse necessário, em defesa da sociedade, e segundo a discricionariedade do juiz caso a caso (CARRARA, 2010).

<sup>110</sup> Foram quatro na década de 1920, um na década de 1930, um na de 1940, um na de 1950, dois na de 1960, quatro na de 1970, cinco na de 1980, dois na de 1990, e seis na de 2000 (DINIZ, 2013).

<sup>111</sup> Outros dados foram apontados nessa inspeção, maiores detalhes consultar a obra: Inspeção dos Manicômios Judiciários.(CFP, 2015).

<sup>112</sup> Unidades inspecionadas: 1 hospital psiquiátrico, 10 HCTPs, 1 hospital penitenciário, 4 alas psiquiátricas localizadas em unidades prisionais e 2 que funcionam também como instituto pericial (CFP, 2015).

inspecionados. Vale dizer que, a taxa de sucesso da inspeção sofreu um considerável abalo devido à restrição das informações vindas de alguns estados e à escassez de psicólogos nas unidades, já que o estudo partiu principalmente do CFP.

Observou-se, de forma geral, nas unidades pesquisadas, um quadro de violação de direitos, de abandono da administração pública, de inadequação dos estabelecimentos à mínima infraestrutura e de escárnio com relação à política nacional de saúde mental. Destacamos a seguir os dados mais relevantes:

Um dos pontos mais graves, segundo o relatório, foi a quase inexistência de advogados para o acompanhamento processual. Em apenas três estabelecimentos verificou-se a presença desses profissionais. E, inacreditavelmente, 12% do total dessas instituições não contavam nem com a defensoria pública, tornando evidente a precariedade do acesso à justiça<sup>113</sup> por parte dos pacientes-prisioneiros.

A escassez de psicólogos trata-se de outro ponto relevante: constatou-se apenas a quantidade de 45 psicólogos nas unidades inspecionadas. Isto posto, observou-se, na menor defasagem, que havia 1 psicólogo para 21 custodiados e, na maior, 1 psicólogo para 104 custodiados. Ademais, identificou-se que a atuação dos psicólogos era prejudicada, pois subordinada à psiquiatria e à justiça. No que tange ao total de profissionais lotados, nesses estabelecimentos, foi registrado o número de 1742, sendo que mais da metade dos trabalhadores eram agentes de segurança. Esses números demonstram, nitidamente, que a função real dessas instituições é a de contenção prisional e não a de um suposto tratamento em saúde mental.

Em relação ao número de custodiados encontrou-se um total de 2864<sup>114</sup>, dos quais 883 cumpriam medida de segurança. Cerca de 1750 encontrava-se em celas. Em 7 dos estabelecimentos havia superlotação, que variava entre 110% da capacidade de vagas ao surpreendente percentual de 410%. O caso mais grave foi identificado no Hospital Nina Rodrigues, no Estado do Maranhão, com a proporção de quatro internos para cada vaga. Via de regra, as acomodações/celas eram coletivas, em média oito custodiados para cada compartimento. Além, de existirem acomodações individuais ou de isolamento em 59% das unidades, que eram

---

<sup>113</sup> Conforme artigo 133 da CF o advogado é indispensável à administração da justiça (BRASIL, 1988).

<sup>114</sup> Segundo o relatório, o número de custodiados não pode ser considerado fidedigno devido à falta de controle desse dado nas instituições, bem como a negativa de passar tal informação pelos gestores das instituições. Acredita-se que o número deva ser bem superior (CFP, 2015).

destinadas ao período de adaptação dos recém-internos. Algumas, utilizadas como celas de castigo, as famosas “trancas”.

Quanto aos agendamentos de perícia, notou-se uma expressiva e abusiva demora. Constatou-se casos de exames para determinação de sanidade mental com uma espera de mais de dois anos no HCTP do Espírito Santo, e a existência declarada de 65 internos que aguardavam esse mesmo exame. No entanto, aparentemente, tratava-se de um número bem maior, segundo os pesquisadores. No que se refere ao cumprimento do prazo do exame de cessação de periculosidade, somente, 17% dos casos eram cumpridos. O mais assustador foi a constatação de que 41% dos pacientes-prisioneiros, já tinham laudos de periculosidade positivos para sua cessação. Ou seja, já deveriam estar em tratamento ambulatorial e no convívio social. Com relação à feitura de projetos terapêuticos, verificou-se que em 70% dos estabelecimentos isso não ocorria.

Somente em duas unidades era autorizado o contato entre gêneros. Em 100% delas não havia visita íntima. E, em quase todas as unidades, a relação homoafetiva não era permitida. Verificou-se, também, a exigência dos atendimentos serem efetivados com portas abertas, o que infringe diretamente a ética profissional, e o direito ao sigilo dos pacientes. Em 29% dos estabelecimentos pesquisados foi alegado a não adequação à regra do sigilo nas salas de atendimento, devendo-se levar em consideração que 12% não responderam.

A dispensação de medicamento em 59% das unidades era inadequada, sendo que em 29% a medicação era padrão. Em apenas 35% das unidades os custodiados dispunham de tratamento ambulatorial externo (tratamento de saúde especializado). Esse último dado vai de encontro à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que determina a atenção à saúde de todas as pessoas custodiadas pelo Estado. Registrou-se, ainda, no período de 1 ano que 12% dos custodiados foi a óbito.

A análise da estrutura física dos estabelecimentos revelou ambientes degradantes, totalmente, inadequados às práticas a que se propunham. Ao contrário, pareciam locais de torturas e outros suplícios, como descrito abaixo:

Podemos fazer um resumo em apenas uma palavra: precariedade. Chuveiros insuficientes e com apenas água fria, os presos/pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros. As celas de

isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas à lavagem periódica (MATTOS, OLIVEIRA, 2015, p. 17).

Os relatos das psicólogas de uma das unidades pesquisadas demonstraram o quanto esse modelo institucional é frágil, marcado por condições degradantes de trabalho:

As profissionais psicólogas relatam dificuldades quanto à estrutura física, como salas pouco arejadas, insalubres e úmidas. Inclusive relataram que a limpeza do ambiente e as roupas dos pacientes são feitas pelos mesmos. As mesmas trouxeram e nos mostraram, enquanto percorríamos o espaço onde as mesmas executam seu trabalho, salas pouco arejadas e com estrutura visível bastante deteriorada. [...] Os psicólogos informam que trazem de fora a alimentação, pois a situação da cozinha e da elaboração das refeições no IPF é deficitária. Relatam existir apenas um funcionário na cozinha, auxiliado pelos internos. As condições de higiene e manutenção dos alimentos são preocupantes, sendo que os psicólogos almoçam na própria sala de trabalho (MATTOS, OLIVEIRA, 2015, p. 17).

Outros pontos muito alarmantes foram denúncias de agressões físicas e de ameaças. Em dois estabelecimentos observou-se o uso de *taser*<sup>115</sup> em pacientes em crise. Em outro estabelecimento falou-se de um paciente que já estaria em isolamento, “tranca”, por quase três meses. Nesse período, a cela teria sido limpa, somente, duas vezes, e o paciente teria informado aos inspetores penitenciários sobre problemas de saúde, mas não foi direcionado a nenhum tratamento médico. Nesse mesmo estabelecimento foram relatados maus tratos por parte dos agentes penitenciários e ameaças por parte de um dos psiquiatras, além do uso excessivo de medicação e da falta de cuidados médicos. Importante citar, que essas informações foram colhidas diretamente com os pacientes-prisioneiros, embora durante todo o tempo os pesquisadores fossem supervisionados por agentes da segurança.

Esse relatório, ainda, mostrou a existência de muitas internações provisórias: 41% dos internos aguardavam exames, coeficiente maior que o número de pacientes permanentes, que era 35%. Sem contar com as transferências de presos

---

<sup>115</sup> “Arma de eletrochoque, um dispositivo não letal capaz de emitir uma descarga elétrica de alta tensão e baixa amperagem com o objetivo de provocar dor”. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Arma\\_de\\_eletrochoque](https://pt.wikipedia.org/wiki/Arma_de_eletrochoque). Acesso em 18/10/2018.

em decorrência de incidentes de sanidade no curso da execução de suas penas, e outras, ainda, a título de castigo ou retaliação devido a problemas no presídio onde cumpriam pena, dados extremamente preocupantes, que ratificam ser a medida de segurança dispositivo utilizado como punição.

De acordo com Tedesco (2015:137) a prática de internação como primeira opção é bastante expressiva. A autora, também, avaliou que os dados gerais coletados, nas unidades inspecionadas, a propósito dos tipos de crimes praticados pelos internos apontavam que apenas 12% eram graves, e 47% dos crimes eram de menor potencial ofensivo. Isso quer dizer, que esses 47% do total de custodiados deveriam estar em tratamento ambulatorial. Além disso, denuncia o fato na demora de meses ou até anos para realização de exames toxicológicos. Segundo Tedesco, se não há a constatação de transtornos mentais devido ao uso abusivo de drogas “os periciados seriam considerados imputáveis sendo encaminhados para unidades prisionais, ficando por lá, invisibilizados, sofrendo agravos, provocando distúrbios e sem receber tratamento” (TEDESCO, 2015, p. 138). Acrescenta, ainda, a falta de informações passadas pelas instituições sobre o número de custodiados que estaria aguardando os exames toxicológicos “que pode refletir sobre atual política e combate às drogas e da criminalização dos usuários”<sup>116</sup>.

Para demonstrar, ainda mais, o estado de descaso e violência a que essas pessoas são submetidas, nesses locais nefastos, acrescentamos excertos de uma reportagem veiculada pelo g1.globo.com, em 28/07/2016, cujo *print* de um vídeo<sup>117</sup> é reproduzido mais adiante, que mostra um paciente-prisioneiro, com mãos e pernas acorrentadas à máxima imobilidade, jogado ao chão de uma cela escura, pequena e sem higiene. O vídeo foi gravado num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Cariacica, no Espírito Santo. A violência foi denunciada pelo Conselho Seccional Espírito Santo da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-ES) ao Ministério Público e à Polícia Civil. Na denúncia, relatou-se que a cela onde o paciente aparece em estado desumano era chamada de enfermaria de apoio, “local para onde internos em surto e com comportamento agressivo seriam levados até que se acalmassem” (g1, 2016), eis a “tranca”, conforme descrito na primeira parte deste

---

<sup>116</sup> Não nos aprofundamos na questão dos usuários de álcool e outras drogas, porque o hospital-prisão, campo desta pesquisa, não era porta de entrada para esses indivíduos, mas deixamos registrado que o componente droga se tornou mais uma forma do governo da vida ou da matabilidade desses indivíduos, que estão confinados, em massa, nos hospitais-prisão, nos presídios, nas comunidades terapêuticas ou nos cemitérios.

<sup>117</sup> O vídeo da denúncia foi gravado por um dos funcionários do hospital que não quis se identificar.

trabalho. Testemunhos de pacientes e de familiares confirmavam tal prática no local. Ainda, segundo a reportagem, a cena chocou os integrantes da Comissão de Direitos Humanos da OAB, conforme se observa nas palavras da presidente da Comissão Verônica Bezerra: "O vídeo é muito forte. O paciente pode ter cometido o crime que fosse, ele já está sendo responsabilizado. Nada justifica aquela cena" (g1, 2016). O presidente do Conselho Estadual de Direitos Humanos (CEDH), Gilmar Ferreira de Oliveira, também, se posicionou: "O que a gente vê ali é tortura, tortura praticada por um órgão público e, ainda por cima, contra pessoas com transtornos mentais" (g1, 2016). Por último, a declaração da psicóloga Camila Mariani, integrante do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, que afirmou ter ficado horrorizada, pois, embora tivesse notícia que esse tipo de situação acontecia, "ver dá outra sensação [...]. A gente que estuda a saúde mental acredita que isso já passou, que ninguém mais utiliza essas práticas" (g1, 2016).

Figura 2 - Paciente custodiado em estado desumano



Fonte: G1 (2016)<sup>118</sup>

Com base no estado de coisas apresentado que, em muitos aspectos, assemelha-se ao que foi descrito na primeira parte, desta dissertação, concluímos que o encarceramento pelo Estado dos loucos infratores pode ser compreendido pelo que Foucault (2005) cunhou como racismo de Estado, cujo objetivo seria o de definir aqueles que devem morrer em prol daqueles que devem viver. Nesse sentido, o Estado, em sua estratégia de normalização e em nome da defesa da sociedade,

---

<sup>118</sup> BOURGUIIGNON, Natalia. Paciente é acorrentado em hospital de custódia no ES, mostra vídeo. **G1**, de 28 de julho de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/espirito-santo/noticia/2016/07/video-mostra-paciente-acorrentado-em-hospital-de-custodia-no-es.html>. Acesso em 20/10/2018.



expõe à morte ou extermina a vida dos taxados perigosos, indesejados, desqualificados, etc.

Se o poder de normalização quer exercer o velho direito soberano de matar, ele tem que passar pelo racismo. E se, inversamente, um poder de soberania, ou seja, um poder que tem direito de vida e de morte quer funcionar com os instrumentos, com os mecanismos, com as tecnologias de normalização, ele tem que passar pelo racismo. É claro, por tirar a vida, não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo que pode ser assassinio indireto, o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política. A expulsão, a rejeição etc. (FOUCAULT, 2005, p. 306).

Não restam dúvidas de que esse enunciado diz muito sobre as condições de inumanidade e de descartabilidade sob as quais os pacientes-prisioneiros sobrevivem nos hospitais-prisão. É claro, que não é somente esse segmento populacional que sofre com o racismo de Estado ou com a lógica de exceção, em nosso país<sup>119</sup>. Todas as “vidas que não merecem viver” estão sujeitas ao mesmo sistema, como, por exemplo, o extermínio indiscriminado de pessoas nas periferias do nosso país. No estado do Rio de Janeiro, dados do Instituto de Segurança Pública (ISP) veiculados também pelo g1, em 2016<sup>120</sup>, mostram que só nos primeiros 7 meses, do ano de 2018, ocorreram 895 mortes em ações da polícia, em contraste com as 236, no ano de 2013, durante o mesmo período. Um aumento alarmante de 279%, nos últimos 5 anos<sup>121</sup>, sob a justificativa oficial de combate à criminalidade<sup>122</sup>,

<sup>119</sup> É nítido que os jovens, os negros, os de nenhuma ou pouca escolaridade são o alvo dessa lógica de exceção, não só de matabilidade, como também de encarceramento tanto nas prisões, como nos hospitais-prisões. No último IFOPEN, Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Junho/2016, apontou-se à existência de 700 mil pessoas privadas de liberdade em território nacional, nos vários tipos de estabelecimentos prisionais. O relatório indicou que 55% dessa população, baseada na disponibilidade de informação no montante 514.987 pessoas, era composta por jovens até 29 anos; 64% negras, no montante de 493.145 pessoas; com baixa escolaridade, 51% das pessoas encarceradas não concluíram o ensino fundamental, baseada no montante de 482.645 pessoas. Em relação, somente, aos HCTPs e ATPs, no único censo realizado nesses estabelecimentos em 2011, encontramos os seguintes percentuais, baseados no montante de 3.989 pessoas internadas nesses estabelecimentos, no território nacional: Em relação à faixa etária de 20 a 29 anos, 23%, já de 20 a 39 anos sobe para 42%. Em relação à raça, 44% era composta de negros ou pardos. Já sobre a escolaridade dessa população, 23% era analfabeta e 34% tinham ensino fundamental incompleto (DINIZ, 2011). Esses dados evidenciam que o encarceramento no Brasil se baseia na seletividade. Isto é, retiram da sociedade os pobres e desvalidos, os que não respondem aos anseios da sociedade neoliberal, portanto, “massa sobrança”, “sem valor”.

<sup>120</sup> GRANDIN, Felipe; MARTINS, M. Antônio. Número de mortes por intervenção policial no RJ mais que dobra em cinco anos. **g1**, Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/08/15/numero-de-mortes-por-intervencao-policial-no-rj-chega-a-895-em-2018.ghtml>. Acesso em: 22/10/2018.

<sup>121</sup> A escala histórica e vertiginosa de homicídios no Estado do Rio de Janeiro, no mesmo período, nos últimos 5 anos por meio de ações policiais: em 2013, 236 mortes; em 2014, 344 mortes; em 2015,

logo, mortes efetuadas “em defesa da sociedade”, conforme verifica-se na fala concedida pela promotora de justiça Somaine Cerruti, coordenadora do centro de apoio operacional das promotorias do Ministério Público do Rio de Janeiro: “É claro que esse número de mortes (em confronto policial) vai aumentar em razão de uma atividade mais intensa das Forças de Segurança contra a criminalidade em nosso estado”. Acrescentou, ainda, que “esse crescimento é fruto de uma ação maior das polícias com apoio das Forças Armadas” (g1, 2016). Os fatos, no entanto, mostram que em janeiro, mês de maior índice de matabilidade (157 mortes) com uma média de 5 civis mortos, diariamente, ainda não havia sido decretada pelo presidente Michel Temer a Intervenção Federal no estado, o que foi deliberado apenas em fevereiro. Esse dado já invalida os argumentos da promotora.

Em contrapartida, a coordenadora de pesquisa da Anistia Internacional Brasil, Renata Neder (g1, 2016), condiz mais com o que acreditamos ser uma realidade de extermínio de vidas consideradas “matáveis”, no contexto de nosso país. Em suas palavras: “o aumento brutal do número de homicídios decorrentes de intervenção policial [...] mostra ainda que o avanço da militarização, além de não diminuir a violência, ainda aumenta as violações de direitos humanos”. Para Renata, o que está ocorrendo no estado do Rio de Janeiro é um modelo de segurança pública assentada em uma lógica de guerra.

De fato, para Foucault (1999c) a partir do momento em que a vida entrou nos cálculos de poder, isto é, quando o poder passou a gerenciar a vida por meio da biopolítica, as guerras se tornaram mais violentas e, pela primeira vez, os regimes teriam executado holocaustos em suas próprias populações. Sobre isso, a grande interrogação que Foucault (2005) coloca é: Como se exerce o poder de matar num Estado biopolítico? Ele conclui que é precisamente pelo mecanismo do racismo.

Foucault (1999c) nos alerta que a biopolítica, como uma técnica utilizada pelo Estado para gerir a vida das pessoas por meio de políticas públicas, que visam à melhoria das condições vitais da população, não deve ser entendida de forma ingênua por sua aparência humanitária, pois há uma face negativa dessa gestão: o racismo biológico, que estabelece “um corte entre o que deve viver e o que deve

---

410 mortes; em 2016, 474 mortes; em 2017, 643 mortes **g1**, Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/08/15/numero-de-mortes-por-intervencao-policial-no-rj-chega-a-895-em-2018.ghtml>. Acesso em: 22/10/2018.

<sup>122</sup> INFOPEN, 2017.

morrer” (FOUCAULT, 2005, p. 304). Logo, a eliminação do perigo biológico que o outro representa é a garantia da própria espécie, da raça ou de um seguimento populacional. De tal modo, pode-se inferir que a biopolítica, com a exposição de tantas vidas à morte, é intrinsecamente uma tanatopolítica.

Agamben (2014, pp.137-138) corrobora com a tese de Foucault ao afirmar que a visão da biopolítica moderna “se coloca, sobretudo, na intersecção entre a decisão soberana sobre a vida matável e a tarefa assumida de zelar pelo corpo biológico da nação”, assinalando, de igual maneira, a passagem decisiva da biopolítica à tanatopolítica, o autor traz essa asserção, a partir do conceito da “vida que não merece viver” que tem como correlato “a autorização do aniquilamento da vida indigna de ser vivida”, título da obra publicada, em 1920, pelos autores Karl Binding<sup>123</sup> e Alfred Hoche<sup>124</sup>. A obra se ocupa em duas proposições centrais: a impunibilidade do suicídio, já que para Binding o homem é soberano de si, e a outra, a eutanásia, pela qual se sustenta a defesa da autorização do aniquilamento da vida, que não merece viver. Essa última, diz Agamben, foi a que possibilitou trazer à cena jurídica europeia pela primeira vez o conceito da “vida sem valor”, possibilitando uma articulação decisória jurídica sobre o valor da vida. Tal tese se baseia na estrutura biopolítica ou tanatopolítica da modernidade, cujo soberano – Estado e seus agentes – decidem quem vive ou quem morre. No livro de Binding e Hoche a “vida sem valor” era atribuída a dois grupos de indivíduos, os

Considerados “incuravelmente perdidos” em seguida a uma doença ou ferimento e que, em plena consciência de sua condição, desejam sua “liberação” [...] e tenham manifestado de algum modo este desejo [...] o segundo grupo, constituído pelos “idiotas incuráveis”, tanto no caso de terem nascido assim [...] ou terem se tornado na última fase de suas vidas (BINDING *apud* AGAMBEN, 2014, p. 134).

Agamben considera o segundo grupo o mais problemático, visto que não lhes era concedido qualquer tipo de escolha, considerados descartáveis, um peso para a nação, por se tratarem de pessoas desprovidas de qualquer utilidade ou senso de vontade. Nas palavras de Binding: “Estes homens [...] não possuem nem a vontade de viver nem a de morrer [...]. Sua [s] vida [s] é absolutamente sem objetivo, mas eles não a sentem como intoleráveis” (BINDING *apud* AGAMBEN, 2014, p. 134. Grifo nosso). Por tal motivo, Binding acreditava não haver qualquer razão seja

<sup>123</sup> Renomado especialista de direito penal falecido durante a impressão da obra (AGAMBEN, 2014).

<sup>124</sup> Professor de medicina que se dedicava a questões ligadas à ética profissional (AGAMBEN, 2014).

social, jurídica ou religiosa para não autorizar o aniquilamento dessas pessoas, vistas como o avesso da verdadeira humanidade. No caso desse grupo em especial, a autorização da morte deveria ser requisitada por um médico ou parente próximo, e decidida por uma comissão estatal integrada por um médico, um psiquiatra e um jurista – muito próximo do que ocorre com as pessoas portadoras de transtornos mentais em conflito com a lei, que, qualificadas como perigosas – inimputáveis –, sofrem posterior “sequestro” da vida em sociedade. Agamben explicita que foi a partir desse conceito jurídico de vida sem valor – a vida que pode ser morta sem cometer homicídio – a possibilidade de se encontrar a correspondência da vida nua do *homo sacer*.

Nessa esteira, o relato do diário de campo e as informações apresentadas pela inspeção e pelas reportagens convocam o alerta de que os habitantes dos hospitais-prisão, bem como os “desvalidos de todos os gêneros” vivem em verdadeiros espaços ou campos de exceção produtores de “vidas nuas”, vidas “*sacer*”, despojadas de qualquer dignidade e negação de direitos por parte do Estado, conforme discorreremos a seguir.

#### 4.2 O Paradigma da Exceção

Agamben (2014) se utiliza do *Homo sacer*, figura do direito romano arcaico, cuja vida era matável e insacrificável para demonstrar o ponto entre o poder soberano e a biopolítica, isto é, para demonstrar a vida nua como o obscuro ponto de entrecruzamento do modelo jurídico-institucional e o modelo biopolítico de poder.

Nessa perspectiva, Agamben se difere de Foucault sob dois aspectos: o primeiro diz respeito ao poder soberano que, para o autor, ainda se encontra operante em nossa sociedade. O segundo, diz respeito à gênese da biopolítica que seria em sua visão “tão antiga quanto à exceção soberana”. Isso porque, “a produção de um corpo biopolítico [é] a contribuição original do poder soberano” (AGAMBEN, 2014, p. 14. Grifo nosso).

Duarte (2010, p. 274) ao refletir sobre o pensamento de Agamben a respeito da biopolítica, diz que “é a partir da combinação das noções de poder soberano e estado de exceção que Agamben começa a delimitar seu conceito de biopolítica”.

Agamben (2014), ao retornar a Aristóteles, trata a distinção dos conceitos *bíos*, forma de vida politicamente qualificada inerente a um indivíduo ou a um grupo,

e zoé, vida meramente biológica pertencente a todo ser vivo. O *homo sacer*, portador da zoé, tinha sua vida abandonada à própria sorte, pois perdia sua proteção ao cometer um delito. De tal modo, sua vida nua era exposta à violência ou à morte sem penalização ao seu assassino. Logo:

A dupla categorial fundamental da política ocidental não é aquela amigo-inimigo, mas *vida nua-existência política, zoé-bíos, exclusão-inclusão*. A política existe porque o homem é o vivente que, na linguagem, separa e opõe a si a própria vida nua e, ao mesmo tempo, se mantém em relação com ela numa exclusão inclusiva (AGAMBEN, 2014, p. 15).

Portanto, a intenção de Agamben ao tomar a figura do *homo sacer* é dar luz ao governo biopolítico dos indivíduos na atualidade e, desse modo, mostrar que certos indivíduos possuem suas vidas incluídas pela exclusão à mercê das normas e das vontades do soberano, que pode transformá-las em vidas desprovidas de direitos e suscetíveis à morte, em determinado espaço de exceção. Por esse motivo, para o autor, a estrutura política ocidental moderna está assentada na promoção da zoé, vida nua, em detrimento da *bíos*, vida qualificada dos cidadãos.

A partir desse raciocínio, Agamben (2014) afirma que o paradigma da modernidade não se trata das prisões, mas do estado de exceção e, conseqüentemente, do campo de concentração. Isto é, o estado de exceção é o atual modelo da ordem jurídico-política, uma vez que a exceção às normas – antes utilizadas em casos pontuais e passageiros no exercício do poder Estatal, como por exemplo, num estado de sítio ou numa guerra – na modernidade, cada vez mais se torna uma regra, um estado permanente como técnica política de governo, que produz vidas nuas, desprovidas de direitos políticos e jurídicos.

Nessa linha, Duarte (2010, p. 275) ilustra que: “Por meio do estado de exceção [...], amplia-se a brecha para a exposição dos cidadãos ao risco iminente da morte legalmente justificada”. A exceção, portanto, ocorre tanto nos sistemas totalitários, quanto nos sistemas democráticos. Ou seja, o estado de exceção se apresenta “como um patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo” (AGAMBEN, 2004, p. 13). Para Agamben o estado de exceção habita numa zona cinzenta da teoria do Estado e do direito, fazendo com que as esferas do direito e da política, da legalidade e da ilegalidade se borrem.

A exceção trata-se, dessa maneira, de um evento singular que é excluído da norma geral e incluído pela sua própria exclusão. Isso porque “a norma se aplica à

exceção desaplicando-se, retirando-se desta. O estado de exceção não é, portanto, o caos que precede a ordem, mas a situação que resulta da sua suspensão”, logo “não é a exceção que se subtrai à regra, mas a regra que, suspendendo-se, dá lugar à exceção e somente deste modo se constitui como regra, mantendo-se em relação com aquela” (AGAMBEN, 2004, pp. 24-25). O Estado atua, assim, por meio de um manto disfarçado de normalidade, porquanto ao suspender a lei e o direito entra em vigor a arbitrariedade da vontade daquele que tem o poder de suspendê-los, o soberano, que também se encontra dentro e fora do ordenamento jurídico. Dentro, para garantir a sustentação do estado de exceção no ordenamento jurídico e fora, para poder decidir a decretação da exceção. Eis, aqui, o paradoxo da soberania.

Nessa direção, Ruiz (2012, p. 22) também destaca que “o estado de exceção visa sempre o controle (bio) político da vida humana, tornando-se uma técnica biopolítica e policial muito eficiente para controlar e governar os grupos sociais perigosos”. Assim sendo, a exceção visa o governo das vidas desses grupos por meio da suspensão do ordenamento jurídico normal, com o suposto intuito de prevenção dos riscos que eles causam à sociedade.

De tal maneira, as vidas das pessoas alocadas nesse bojo de perigosos são transformadas em vidas nuas, completamente, vulneráveis e espoliadas de direitos e das demais garantias fundamentais, sob o julgo da “força de lei” presente no estado de exceção: “um ‘estado de lei’ em que, de um lado, a norma está em vigor, mas não se aplica (não tem força) e em que, de outro lado, atos que não tem valor de lei adquirem sua ‘força’” (AGAMBEN, 2004, p. 61. Grifo do autor.).

Logo, na exceção o que está em questão é uma força de ausência de lei. Dito de outro modo, o estado de exceção pode ser considerado como um estado de lei, no qual a lei vigora, porém não tem força para ser aplicada. O que passa a valer é uma “força de lei sem lei”, ou seja, a própria exceção. Dessa maneira, o soberano ao decretar o estado de exceção ocupa o lugar do direito e sua vontade se torna essa “força da lei”. Conseqüentemente, todos aqueles que são capturados pela exceção jurídica perdem seus direitos e adentram no limbo da lei.

Por tal motivo, compreendemos que os pacientes-prisioneiros têm suas vidas nuas e subsistem nesse limbo de lei, que configura o estado de exceção, pois à periculosidade a eles atribuída os tornam inimputáveis, ficando, assim, fora do ordenamento jurídico comum, mas capturados a uma norma excepcional – a medida de segurança. Desse modo, mesmo havendo inúmeras regulamentações de

proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais infratoras ou não, essas não surtem efeitos aos pacientes-prisioneiros, pois são nitidamente suspensas através da exceção decretada pela “força de lei” dos soberanos, que tem o poder sobre eles, conforme evidenciado nos dados e relatos apresentados, anteriormente, nesta pesquisa.

Para Agamben (2014, p. 106) a vida nua é eminentemente política, pressuposto essencial e operante da soberania: “Contrariamente ao que nós modernos estamos habituados a representar-nos como espaço da política em termos de direitos do cidadão, de livre-arbítrio e de contrato social, do ponto de vista da soberania, autenticamente política é somente a vida nua”.

O autor, baseando-se no pensamento de Hobbes<sup>125</sup>, aponta que a base do poder soberano não se fundamenta no contrato social, porque o soberano não participa do contrato, pois está além dele. Somente, os súditos respondem ao contrato social e estão expostos ao estado de exceção, com isso, potencialmente, transformados em vidas nuas, vidas vulneráveis. Corroborando com essa tese, Ruiz (2012, p. 6) afirma: “Nenhuma vida humana está livre da exceção, exceto a do soberano, que já é uma exceção soberana. Todas as vidas, em caso de emergência ou necessidade, estão vulneráveis ao estado de exceção”.

Por tal motivo, Agamben postula que toda sociedade elege seus *homo sacer*:

É como se toda valorização e toda “politização” da vida (como está implícita, no fundo, na soberania do indivíduo sobre a sua própria existência) implicasse necessariamente uma nova decisão sobre o limiar além do qual a vida cessa de ser politicamente relevante, [...] e, como tal, pode ser impunemente eliminada. Toda sociedade fixa este limite, toda sociedade – mesmo a mais moderna – decide quais sejam os seus “homens sacros”. É possível, aliás, que este limite, do qual depende a politização e a *exceptio* da vida natural na ordem jurídica estatal não tenha feito mais do que alargar-se na história do Ocidente e passe hoje – no novo horizonte biopolítico dos estados de soberania nacional – necessariamente ao interior de toda vida humana e de todo cidadão. A vida nua não está mais confinada a um lugar particular ou em uma categoria definida, mas habita o corpo biológico de cada ser vivente (AGAMBEN, 2014, p.135. Grifo do autor).

---

<sup>125</sup> Thomas Hobbes (1588-1679) foi um matemático, teórico político e filósofo inglês. Conhecido como um dos contratualistas, assim como Jean-Jacques Rousseau e John Locke, desenvolveu a organização da sociedade em forma de Estado, a partir da ideia de um Contrato Social. *In*. Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas\\_Hobbes](https://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas_Hobbes). Acesso em 01/10/2018.

Desse modo, a inclusão da vida natural na política, isto é, a politização da vida pode transformar qualquer vida humana em vida *sacer*, que impunemente pode ser eliminada. Por isso, o *homo sacer* “é o portador do nexa entre violência e direito” (AGAMBEN, 2014, p. 70). Sendo assim, a linha de separação entre a biopolítica e tanatopolítica vem se mostrando cada vez menos indistinta:

Se, em todo Estado moderno, existe uma linha que assinala o ponto em que a decisão sobre a vida torna-se decisão sobre a morte, e a biopolítica pode deste modo converter-se em tanatopolítica, a tal linha não mais se apresenta hoje como um confim fixo a dividir duas zonas claramente distintas; ela é, ao contrário, uma linha em movimento que se desloca para zonas sempre mais amplas da vida social, nas quais o soberano entra em simbiose cada vez mais íntima não só com o jurista, mas também com o médico, com o cientista, com o perito, com o sacerdote (AGAMBEN, 2014, p. 119).

Essa narrativa configura a situação real, na qual os pacientes-prisioneiros se encontram quando têm seus destinos traçados, estereotipados como perigosos e lançados nos hospitais-prisão, aqui, considerados com similitude aos campos de concentração.

Neste ponto, cabe esclarecer que Agamben (2014, pp. 26-27) não considera os presídios e, por extensão, os hospitais-prisão como locais de exceção, tendo em vista que “o direito carcerário não está fora do ordenamento jurídico normal, mas constitui apenas um âmbito particular do direito penal”. O que o autor expõe é que o regime prisional segue o regime legal, e que os detentos são tratados sob os ditames da lei, quando tutelados nesses estabelecimentos. No entanto, é necessário ponderar as diferenças insofismáveis das prisões do contexto europeu e as do contexto brasileiro, pois, em nossa realidade, embora existam as leis que regem o sistema prisional, elas são inexistentes na prática. O espaço prisional brasileiro e, especificamente, nesta pesquisa, o hospital-prisão por meio da medida de segurança de detenção deposita seres humanos em internação muitas vezes *ad aeternum* em locais de natureza punitiva, assinalada pela carência de mecanismos, não só materiais, mas, principalmente, simbólicos adequados à conservação das esferas do humano e do cidadão. Logo, locais compreendidos como anômicos e de total desrespeito ao próprio ordenamento jurídico, bem como ao ser humano em sua dignidade e em seus direitos. Por isso, um espaço de exceção.

Para Agamben (2014) o ápice do estado de exceção é o campo de concentração, local onde habitam os corpos matáveis daqueles que vivem à



margem do direito e da sociedade na lógica da tanatopolítica, ou seja, da política de morte.

O campo é o espaço que se abre quando o estado de exceção começa a tornar-se a regra. Nele, o estado de exceção, que era essencialmente uma suspensão temporal do ordenamento com base numa situação factícia de perigo, [...] adquire uma disposição espacial permanente que, como tal, permanece, porém, estavelmente fora do ordenamento normal (AGAMBEN, 2014, pp. 164-165).

As vidas no campo estão desnudas e, totalmente, vulneráveis, pois, sem direitos preservados. Os que nesse lugar habitam são os *homo sacer*, banidos da sociedade e entregues ao bando. Nesse sentido, o estado de exceção se encontra, diretamente, relacionado ao bando. Uma vez que, o banido “não é, na verdade, simplesmente posto fora da lei e indiferente a esta, mas é abandonado por ela, ou seja, exposto e colocado em risco no limiar em que vida e direito, externo e interno, se confundem” (AGAMBEN, 2014, p. 35).

Essas vidas abandonadas, consideradas “indignas de serem vividas”, são de muitos. Na Alemanha nazista, por exemplo, eram dos loucos, judeus, ciganos, entre outros, lançados nos campos de concentração despojados de tudo, inclusive, do próprio sentimento de pertença ao humano. Hoje, são dos apátridas, refugiados, moradores de comunidades etc. E, também, dos pacientes-prisioneiros capturados pela exclusão dentro de um campo de exceção – o hospital-prisão – onde impera a violência e a tortura sob o julgo do soberano que pode se metamorfosear em várias figuras, de acordo com o momento. Por exemplo, na figura do juiz, ao determinar uma internação arbitrária<sup>126</sup>. Na figura do inspetor penitenciário, ao torturá-los e desrespeitá-los. Na figura do perito-psiquiatra, ao negar a solicitação de cessação de periculosidade<sup>127</sup>. Na figura dos profissionais da equipe técnica, que, por vezes, fazem pareceres contrários à liberdade dos pacientes. E, principalmente, na figura do Estado, que com a falácia de proteção mantém os pacientes-prisioneiros apinhados como “lixo” da sociedade nos hospitais-prisão.

---

<sup>126</sup> Como nos dados da inspeção em que vários custodiados deveriam está sendo tratados em meio ambulatorial. Isso pelo código penal, porque pela CF, pela lei 10216/01 e tantas outras normativas, já citadas, todos deveriam ser tratados em liberdade nas RAPS.

<sup>127</sup> Desconsiderando, totalmente, o trabalho dos profissionais das equipes técnicas que acompanham os pacientes cotidianamente e emitem seus pareceres solicitando a cessação de periculosidade para desinternação.

Neste ponto, ressaltamos que esta pesquisa não tem a pretensão de afirmar que os hospitais-prisão são campos de concentração, como vivenciados na Alemanha nazista e em outros países, que tinha como finalidade primordial o extermínio de vidas. O que se propõe, seguindo as trilhas de Agamben, é demonstrar que a lógica de espaço de exceção e de desvalorização das vidas das pessoas que habitam nos hospitais-prisão têm, em várias circunstâncias, similaridades com práticas de exceção exercidas em campos de concentração. Afinal, segundo o autor (2014, p. 171) “o campo [...] é a matriz oculta da política em que ainda vivemos, que devemos reconhecer através de todas suas metamorfoses”. Para nós, uma delas é o hospital-prisão, local, como procuramos demonstrar, de extrema exceção, que deve ser combatido e definitivamente extirpado da sociedade por meio de políticas, que respeitem os loucos infratores e lhes conceda o tratamento extramuros com dignidade e obediência às leis, principalmente, a lei antimanicomial como já vem sendo executado em alguns estados por meio de iniciativas exitosas; que descrevemos a seguir.

#### 4.3 Desconstruindo o Mito da Periculosidade e os HCTPS: Tratamento e Não Punição

O PAI-PJ: Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental, de Belo Horizonte, idealizado por Fernanda Otoni Barros-Brisset, foi instituído, em 2001, por meio da portaria conjunta 25 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. O programa tem como função, segundo Barros-Brisset (2010b, p. 122):

A oferta do acompanhamento integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental em todas as fases do processo criminal. Ocorre de modo intersetorial, através da parceria do Judiciário com o Executivo e com a comunidade, de forma geral, promovendo o acesso à rede pública de saúde e à rede de assistência social, de acordo com as políticas públicas vigentes, na atenção integral ao portador de sofrimento mental.

Para esse programa, os pacientes são encaminhados por determinação de juízes criminais, mesmo sem constar o incidente de sanidade mental instaurado no processo, além de serem encaminhados por estabelecimentos prisionais, instituições de tratamento em saúde mental, entre outros. A princípio é realizada

avaliação jurídica, clínica e social do caso e, posteriormente, solicita-se ao juiz criminal responsável autorização para o acompanhamento. Portanto, não são todos os pacientes em cumprimento da medida de segurança que podem ser inseridos ao programa, pois dependem do consentimento do juiz. Quando autorizado, o paciente, se ainda não estiver em tratamento, é conduzido à rede pública de saúde mental. A equipe do PAI-PJ, então, constrói junto com a rede o projeto terapêutico e social para o paciente, que é revisado e reconstruído com a participação do mesmo. O PAI-PJ acompanha o paciente “durante o processo criminal e continua depois da sentença, que pode ser uma pena ou medida de segurança, seguimos acompanhando o sujeito até a finalização da execução penal” (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 122).

O PAI-PJ é integrante da organização do Tribunal de justiça de Minas Gerais e não abrange a totalidade dos pacientes em cumprimento de MS, como já mencionado, deixando de fora os casos considerados mais complexos. Nas entrelinhas, isto quer dizer, que os pacientes judiciais portadores de sofrimento mental, segundo a visão do juiz são considerados perigosos. Por tal motivo, muitos desses pacientes em Minas Gerais, ainda, são encaminhados para os três ECTPs existentes no estado: Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves (CAMP-MG<sup>128</sup>) localizado em Ribeirão das Neves; Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz (HPJJV<sup>129</sup>) localizado em Barbacena e Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC<sup>130</sup>) localizado em Linhares. Embora esse programa seja bem-sucedido no conjunto de pacientes por ele atendido e vá ao encontro da lei antimanicomial, proporcionando tratamento em meio aberto, com a dignidade e o cuidado que os pacientes necessitam e merecem, ainda carece de maior efetividade, no sentido de não só abarcar determinados pacientes, mas todos em cumprimento da medida de segurança, acabando de vez com o encarceramento dos

---

<sup>128</sup> Em 02 de agosto de 2011: “A população total do CAMP-MG era de 59 indivíduos, entre os quais 21 estavam em medida de segurança, 2 estavam em medida de segurança por conversão de pena e 36 estavam em situação de internação temporária”, todos do sexo masculino (DINIZ, 2013, p. 141).

<sup>129</sup> Em 07 de junho de 2011: “A população total do HPJJV era de 189 pessoas internadas, entre as quais 131 estavam em medida de segurança, quatro estavam em medida de segurança por conversão de pena e 54 estavam em situação temporária de internação”, dentre essa população, encontravam-se 40 pessoas do sexo feminino (DINIZ, 2013, p. 152).

<sup>130</sup> Em 04 de agosto de 2011: “A população total do HTPWVC era de 48 indivíduos, entre os quais 3 estavam em medida de segurança e 45 em situação de internação temporária”, todos do sexo masculino (DINIZ, 2013, p. 166).

pacientes judiciários portadores de sofrimento mental, como acontece em Goiás por meio do PAILI.

O PAILI, Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, mudou, totalmente, a lógica na execução da medida de segurança e o olhar sobre o louco infrator, no estado de Goiás, que não é mais visto sob a insígnia de perigoso, mas sim de paciente com sofrimento mental, que necessita de tratamento, não punição. Seguindo essa dialética, a MS deixou de ser centralizada na ótica de segurança pública, para ser acolhida pelas unidades de saúde pública em consonância à Lei 10.216/01 e à CF, entre outras normativas, provando que é possível conviver com esses sujeitos em sociedade como qualquer outra pessoa<sup>131</sup>.

Esse programa foi instituído em Goiás no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde. Em seu início, no ano de 2003, o programa buscava realizar apenas um censo das medidas de segurança em execução no Estado. Após o levantamento dos dados foi percebida a necessidade de mudança na aplicação e execução das mesmas.

De tal modo, segundo Silva (2010, p. 114) iniciou-se “um trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, com o suporte do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania, para o redimensionamento do PAILI”. Juntamente, com uma interlocução com outras instituições, tais quais: Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Tribunal de Justiça, Conselho Regional de Psicologia. Esse diálogo possibilitou a mudança de paradigma sobre a medida de segurança:

Se a medida de segurança não tem caráter punitivo – e de direito não tem – a sua feição terapêutica deve preponderar. Eis o argumento elementar levado à mesa de discussões. Muda-se o paradigma. A questão deixa de ser focada unicamente sob o prisma da segurança pública e é acolhida definitivamente pelos serviços de saúde pública (SILVA, 2010, p.114).

Entendendo-se, portanto, que o Sistema Único de Saúde (SUS), com todos os seus dispositivos, é o ambiente próprio para a prestação de atendimento a esses pacientes diante do novo olhar democrático, ainda, em construção no país.

Assim, em 26 de outubro de 2006, instituiu-se oficialmente o PAILI como um marco fundamental para resgatar a cidadania, a dignidade e o respeito aos loucos infratores há tanto negligenciado. A partir de então, não é mais o juiz que determina

---

<sup>131</sup> SILVA, 2010.

o tratamento, pelo qual o paciente se submeterá, embora o processo ainda continue jurisdicionalizado, são os médicos “e as equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS [que] determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI” (SILVA, 2010, p. 114). Dessa maneira, os pacientes não mais são mantidos em espaços de confinamento. Pois, somente, em caso de crise a internação pode ser indicada, para o melhor tratamento do paciente e, por um período mínimo possível, de acordo com a necessidade terapêutica e nos próprios hospitais do SUS ou em clínicas conveniadas.

Com efeito, não se destinou mais os loucos infratores do estado de Goiás a cadeias ou a alas psiquiátricas – no estado de Goiás não existem HCTPs –, mas ao sistema aberto do SUS, principalmente, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nas residências terapêuticas (RTs) em seus territórios, facilitando, de tal modo, sua reintegração à família e à sociedade conforme diretrizes da reforma psiquiátrica.

O PAILI é uma realidade que foi construída em Goiás, porém serve como modelo exitoso para outros territórios do país. Esse programa desmonta a artilosa falácia da periculosidade do louco infrator e se mostra satisfatório não só por comprovar que é, totalmente, viável o tratamento desses pacientes fora de modelos asilares de punição, bem como no que tange ao cometimento de novos delitos pelos pacientes acompanhados pelo programa, conforme as informações de Soares e Diniz (2006, pp. 307-308):

Desde 2006, o PAILI já recebeu 495 usuários encaminhados pelo Poder Judiciário para acompanhamento e monitoramento do tratamento ofertado às pessoas submetidas à medida de segurança, sendo a maioria na modalidade ambulatorial. Em alguns casos, quando há necessidade de internação, utiliza-se, preferencialmente, a rede SUS e o tempo de permanência é curto, de acordo com a recomendação da Lei 10.216/2001. Destes, aproximadamente 141 já tiveram suas medidas extintas, após total adesão ao tratamento [...]. Em torno de 316 pacientes, estão em acompanhamento na rede de atenção psicossocial, com suporte do PAILI, vivendo na comunidade, independentes, ou em companhia de seus familiares. O índice de reincidência é pequeno, em torno de 5%, principalmente, entre os usuários de drogas.

Os índices acima mostram a baixíssima taxa de novos ilícitos penais, que atestam a eficácia do programa e desmorona, de vez, com a suposta necessidade da manutenção dos HCTPs.

Essa experiência de sucesso só foi possível através de muito esforço e trabalho não só do seu idealizador, Haroldo Caetano da Silva<sup>132</sup>, como também de vários órgãos, entidades e a participação ativa da sociedade, os quais compreenderam que os loucos infratores são pessoas como qualquer outra. Portanto, não podem mais ser trancafiados e segregados em “imundos depósitos de loucos” (SILVA, 2010, p. 114) ou em espaços de exceção, como este trabalho apresenta, mas devem conviver em sociedade, com o resgate de suas dignidades e dos seus devidos lugares de cidadãos de plenos direitos. O PAILI assegura ao louco infrator o seu direito de ser incluído nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) como todos os demais pacientes.

Segundo Diniz (2013) os dois programas supracitados: PAI-PJ e PAILI possuem semelhanças em seus objetivos: adequar o cumprimento da MS às diretrizes da Lei antimanicomial. Porém observa-se pelas descrições principais mencionadas dos dois programas algumas distinções, a mais expressiva e fundamental trata-se da abrangência da totalidade dos pacientes no PAILI e da abrangência parcial dos pacientes no PAI-PJ.

De tal maneira, consideramos que Goiás é o único estado que superou o estigma da periculosidade atribuído aos loucos infratores, conseqüentemente, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por meio do PAILI. Nesse momento, esse programa é o principal mecanismo para que se concretize o fechamento dos HCTPs em todo território nacional, como também para acabar de vez com o mito da periculosidade conferido ao louco infrator.

---

<sup>132</sup> Ganhador do prêmio Innovare – VI Edição 2009. *In*. INSTITUTO INNOVARE. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/premiacoes/edicao-vi-2009/>. Acessado em 14/09/2018.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discorreremos, ao longo deste trabalho, sobre vários aspectos referentes ao objeto periculosidade, base fundamental do instituto medida de segurança, bem como aos HCTPs que invocam discussões e contradições.

Construímos nossa análise, principalmente, a partir da experiência desta pesquisadora, no campo de sua pesquisa, além de dados da inspeção, do censo dos manicômios judiciários e reportagens que mostram a “vida nua” dos pacientes-prisioneiros, pois entendemos que o conteúdo trazido interpela os discursos oficiais dominantes com seus objetivos escusos de esconder a realidade dos fatos.

Como apontamos, os primeiros passos para o aparecimento do conceito de periculosidade se deu num momento histórico de transformações socioeconômicas e políticas, da nova dinâmica no controle dos crimes, e da aliança feita entre psiquiatras e juristas, no início do século XIX. Os psiquiatras, através do seu saber, buscavam marcar o seu poder e conferir à psiquiatria status científico. Já os juristas necessitavam fundamentar suas decisões em relação ao motivo do crime, para seguirem o ordenamento jurídico penal da época. Mas foi, somente no início do século XX, principalmente, pela ideia de criminoso nato de Cesare Lombroso e das noções advindas do direito civil, de responsabilidade sem culpa e probabilidade causal/risco, das quais o direito penal se apropriou que, definitivamente, o objeto periculosidade foi recepcionado.

A partir de então, o objeto periculosidade serviu para que a penalidade se tornasse a base do controle das ações que os indivíduos podem vir a fazer e não daquelas em desobediência a lei. Sendo, ainda hoje, um mecanismo potente para o encarceramento nas instituições de sequestros dos indivíduos taxados como virtualmente perigosos – os loucos infratores.

Acreditamos que correlacionar o crime e a violência a essas pessoas através de uma suposta periculosidade atestada por “saberes científicos” é, no mínimo, uma pretensão obscura, para não se dizer cruel. O saber-poder dos especialistas de várias instâncias, que giram em torno da questão da periculosidade, fez com que as barreiras da legalidade e da ilegalidade se borrassem, desde seu surgimento até os dias atuais, promovendo a negação dos direitos e da vida dos taxados perigosos. Foi através dessa noção de perigo social que se constituiu o instituto Medida de

Segurança e, com ele, a criação dos manicômios judiciários, agora Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Portanto, o objeto periculosidade, a nosso ver, é uma forma de controle estatal punitivo dos indesejados sociais e de racismo de Estado. Por isso, que tal qual se faz com os loucos, podemos ver esse poder de criminalizar, de segregar e de eliminar relacionado ao negro, ao morador de comunidade, às pessoas em situação de rua etc. Ou seja, às camadas mais pobres e vulneráveis da sociedade. Mostrando, flagrantemente, que todos àqueles que não se enquadram nos padrões desejados da sociedade, que fogem aos seus critérios de normalidade, devem ser banidos do tecido social - “escondidos embaixo de tapetes” impregnados de hipocrisias, discriminações e desigualdades sociais - e alocados em espaços de exceção ou em caixões em nome da “defesa da sociedade”.

Se o campo de concentração é o ápice do estado de exceção, e se considerarmos o estado de coisas bárbaras trazido a esta pesquisa, que ocorrem nos hospitais-prisão, entendemos ser possível compararmos, sob a ótica de seu funcionamento, aos campos de concentração; porquanto é a exceção que impera nos hospitais-prisão. Local de tortura, punição e da degradação do humano. As pessoas “abandonadas” nesses locais sofrem práticas pautadas na barbárie. O que deveria ser tratamento, na verdade, se configura em descaso, punição, controle, desrespeito, enfim, excessos de toda ordem. Os hospitais-prisão, enquanto campos de exceção, transformam as vidas dessas pessoas em vidas *sacer*, desnudas de direitos, expostas a todo tipo de violência pelo poder descabido e arbitrário dos “soberanos” que atuam nesses locais e, principalmente, pelo poder “soberano” do Estado, que vem se alargando cada vez mais contra os “irrecuperáveis”, os “incorrigíveis” que ameaçam a paz social.

Entendemos, pois, que a perpetuação do objeto periculosidade continua a serviço da higienização dos espaços sociais. O incômodo a respeito dos loucos infratores é devido a lidar com a diferença, diferença essa visualizada nos campos de concentração, nos quais ao se aniquilar vidas, subjetividades e almas, faz com que se desnudem o visível e o invisível, presentes na forma de dor, segundo as retóricas sobre periculosidade. O hospital-prisão aparece no atual contexto dando formas ao campo de concentração, não só pela infraestrutura exposta, mas por impor àqueles (não) sujeitos o estado de exceção descrito no corpo desta pesquisa.



De tal modo, os hospitais-prisão convertem todas as vidas encerradas entre seus muros, em vidas sem valor, vidas indignas de ser vividas. Logo, nesses locais, a biopolítica, como gestão de vida, se transforma em tanatopolítica, gestão de morte.

Embora a legislação seja clara no sentido de salvaguardar as pessoas portadoras de transtornos mentais, infratores ou não, é nítido que tal legislação não se efetivou nos hospitais-prisão. Essas pessoas, de maneira geral, invisíveis para sociedade, vêm sofrendo ao longo dos tempos vários tipos de discriminações e desrespeitos, sendo vítimas de um poder disciplinar e punitivo que sob o véu de proteção lhes retira os direitos mais básicos e o status de cidadãos.

Através de toda discussão dos vários autores e dos conteúdos desta pesquisadora trazidos, a este trabalho, podemos constatar que a periculosidade, a medida de segurança e os hospitais-prisão se configuram em dispositivos repletos de controvérsias, que em vários de seus aspectos violam os direitos humanos, a Constituição Federal, a Lei 10.216/01 e tantas outras normativas, que dispõem a proteger as pessoas portadoras de transtornos mentais. Por tal motivo, é imperativo que as leis ultrapassem as folhas de papel e sejam, verdadeiramente, efetivadas na vida real para que se restabeleça a dignidade desses cidadãos e todos os seus direitos negados.

Vale ressaltar, que a noção de periculosidade afeta a posição e a subjetividade dessas pessoas, não só no âmbito intramuros, mas em toda sua vida, pois este duplo rótulo de “louco/perigoso” impregna o seu ser dificultando sua reintegração na comunidade. De tal modo, consideramos que essa mudança de olhar da sociedade perante o louco infrator não se trata de tarefa fácil, pois já está incutida há muito tempo em seu seio. Mas, como vimos por meio do PAILI, essa é uma realidade possível de ser alterada e reconstruída. Esse programa é uma saída para o enfrentamento do mito da periculosidade e para suprimir a suposta necessidade dos hospitais-prisão, como vem se demonstrando com sucesso no estado de Goiás.

Consideramos, também, necessário que os profissionais das áreas “psi”, que atuam nesse âmbito, questionem constantemente os efeitos de suas práticas, pois, se mal empregadas, podem reforçar a estigmatização desses sujeitos ou contribuir, se bem focadas, na ética e no comprometimento de suas atuações para o enfraquecimento das cristalizações presentes nesse cenário segregador e

desumano, para a descolonização das subjetividades dessas pessoas e de seus retornos à coletividade.

Não pretendemos esgotar essa temática tão complexa, nesta pesquisa, pois entendemos que há muitas questões a serem problematizadas, trata-se apenas de um ponto de partida para que, unida a outros pesquisadores, novos questionamentos possam surgir. Há, também, um forte desejo de que esses sujeitos trancafiados em suas dores se tornem, mesmo que singelamente, mais visíveis.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer** – O poder soberano e a vida nua I. 2ª ed. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

\_\_\_\_\_. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.

AMARANTE, Paulo. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. (Org.). **Saúde Mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo/Salvador: Editora Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

\_\_\_\_\_. Uma Aventura no Manicômio: A trajetória de Franco Basaglia. In: **Manguinhos: História, Ciências, Saúde**, v. 1, n.1, 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

\_\_\_\_\_. **O Homem e a Serpente: outras histórias para loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANGROSINO, Michael. **O que é pesquisa qualitativa?** Coleção Etnografia e Observação Participativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

AZEVEDO, Suelen. Violações aos Direitos Humanos dos Doentes Mentais Internados Judicialmente. In: **Revista Crítica do Direito**, v. 65, n.5. São Paulo: Vários editores, 2015.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010a.

\_\_\_\_\_. Um dispositivo conector - Relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. In: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010b; 20(1)

\_\_\_\_\_. Genealogia do conceito de periculosidade. In: **Responsabilidades: Revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente judiciário**, v. 1, n.1. Minas Gerais: Tribunal de Justiça, mar./ago. 2011. Disponível em: [http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai\\_pj/revista/edicao\\_01\\_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf](http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao_01_1/02-GENEALOGIA%20DO%20CONCEITO%20DE%20PERICULOSIDADE.pdf). Acesso em 02/11/2017.

\_\_\_\_\_. Loucura, Direito e Sociedade – Um Laço de Presunções Ideologicamente Justificadas. In: **Revista de Direito Sanitário**, v. 12, n. 3. São Paulo: RDisan, Nov.2011/Fev.2012.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni; CAMARGOS, Liliâne e GOMES, R. M de Magalhães. Medida de segurança: do que se trata? *In: Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente judiciário*, V. 2, N. 2. Minas Gerais: Tribunal de Justiça, Set.2012/Fev.2013.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal – Parte Geral 1**. 17ª ed. São Paulo: Saraiva. 2012.

BOURGUIIGNON, Natalia. Paciente é acorrentado em hospital de custódia no ES, mostra vídeo. **G1**, de 28 de julho de 2016. Disponível em <<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2016/07/video-mostra-paciente-acorrentado-em-hospital-de-custodia-no-es.html>> Acesso em 20/10/2018.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848/40. Código Penal**. Brasília: Senado Federal, 1940.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei 3.689/41. Código de Processo Penal**. Brasília: Senado Federal, 1941.

\_\_\_\_\_. **Lei 7.209/84. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal**. Brasília: Senado Federal, 1984.

\_\_\_\_\_. **Lei 7.210/84. Institui a Lei de Execução Penal**. Brasília: Senado Federal, 1984.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em 22/11/2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.069/90. Estatuto da Criança e Adolescente**. Brasília: Casa Civil. 1990.

\_\_\_\_\_. **Portaria 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (SUS)**. Brasília: Casa Civil. 1990

\_\_\_\_\_. **Portaria 224/92. Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde 1992.

\_\_\_\_\_. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

\_\_\_\_\_. **Portaria 106/00. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. **Portaria 44/01. Aprovar no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia**. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Lei 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília: Senado Federal, 2001.

\_\_\_\_\_. **III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar, sim. Excluir, não.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Cuidar, sim. Excluir, não.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Portaria/GM Nº 336/02. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS I II e CAPS ad II.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.708/03. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Brasília: Presidência da República, 2003.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 52/2004. Institui o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Resolução 05/04. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001.** Brasília: CNPCP, 2004.

\_\_\_\_\_. **Resolução 04/10. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção os Paacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.** Brasília: CNPCP, 2004.

\_\_\_\_\_. **Resolução 32/17. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **O impacto da lei n. 10.216 no Projeto de Lei n. 3.473/2000. Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.** Brasília: Ministério Público Federal, 2011.

\_\_\_\_\_. **Habeas Corpus nº 143.315 – RS.** Brasília: STJ, 2010. Disponível em: <http://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15949768/habeas-corpus-hc-143315-rs-2009-0145895-5/inteiro-teor-16829867>. Acesso em 15/11/2018.

\_\_\_\_\_. **Recurso Extraordinário: RE 628646 DF.** Brasília: STF, 2010. Disponível em: <http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/15924542/recurso-extraordinario-re-628646-df-stf>. Acesso em 15/11/2018.

\_\_\_\_\_. **Levantamento nacional de informações penitenciárias.** INFOPEN, Atualização – junho de 2016. Brasília. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017.

BRECHT, Bertolt. **Poema: Nada é impossível de mudar.** Cultura Brasil, 2018. Disponível em: [http://www.culturabrasil.org/brecht\\_antologia\\_poetica.htm#Nada%20%C3%89%20Imposs%C3%ADvel%20De%20Mudar](http://www.culturabrasil.org/brecht_antologia_poetica.htm#Nada%20%C3%89%20Imposs%C3%ADvel%20De%20Mudar). Acesso em 01/12/2018.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *In: Rev. Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Hum.* São Paulo: FSP/USP, 2010.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CIA, Michele. **Medida de segurança no Direito Penal brasileiro.** A desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. São Paulo: UNESP, 2011.

CITAÇÕES E FRASES FAMOSAS. **Frases de Frantz Fanon.** Disponível em: <https://citacoes.in/autores/frantz-fanon/>. Acesso em 15/12/18.

COHEN, Claudio. Bases históricas da relação entre transtorno mental e crime. *In: CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro G. Aranha de (Org.). Medida de Segurança: Uma questão de Saúde e Ética.* São Paulo: CREMESP, 2013.

COIMBRA, C. M. Bouças. **Direitos Humanos e Criminalização da Pobreza.** 2006. Disponível em: [http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/174600/mod\\_resource/content/1/5.%20Direitos%20Humanos%20e%20Criminaliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Pobreza.pdf](http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/174600/mod_resource/content/1/5.%20Direitos%20Humanos%20e%20Criminaliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Pobreza.pdf). Acesso em 20/10/2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Resolução nº 010/05. Brasília: CFP, 2005.

\_\_\_\_\_. **Inspeções aos manicômios.** Brasília: CFP, 2015.

CORDEIRO, Quirino e LIMA, Mauro G. Aranha. **Medida de Segurança – uma questão de Saúde e Ética.** CORDEIRO, Quirino e LIMA; MAURO G. (Org.). São Paulo: Cremesp, 2013.

DANTAS, Rosilene; PEREIRA, Tânia Maria Dahmer. Notas Reflexivas sobre a Relação de Custódia e o Exercício Profissional: o Caso do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda Aparecida Demétrio. Ética e Direitos: ensaios críticos.* Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. Capitalismo e Esquizofrenia. *In: Mil Platôs, V.1.* São Paulo: Editora 34, 1995.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil; censo 2011.** Brasília: UNB, 2013.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. *In: Revista Manguinhos: História, Ciências, Saúde*. v. 23, n. 1, Jan./Mar. 2016.

DUARTE, A. de Macedo. **Vidas em risco: crítica do presente em Heidegger, Arendt e Foucault**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FACCHINETTI, Cristiana. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. *In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v.11, n. 3, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142008000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000300014). Acesso em 11/01/2018.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medida de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revistas dos Tribunais, 2001.

FONTE, E. M. M; FONTES, B; ALMEIDA, M. C. L. **A reforma psiquiátrica no Brasil: o papel das redes sociais e os desafios nas novas práticas de cuidados**. 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

\_\_\_\_\_. **O governo de si e dos outros: Curso no Collège de France (1982-1983)**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 14ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Rio de Janeiro. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999b.

\_\_\_\_\_. **Ordem do Discurso**. 5ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999a.

\_\_\_\_\_. Direito de morte e poder sobre a vida. *In: História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999c.

\_\_\_\_\_. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

\_\_\_\_\_. **O Poder Psiquiátrico**. Curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2012.

\_\_\_\_\_. Estratégia, Poder-Saber. *In: Ditos e Escritos IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a

\_\_\_\_\_. A Evolução da Noção de “Indivíduo Perigoso” na Psiquiatria Legal do Século XIX. *In: Ditos e Escritos V. Ética, Sexualidade, Política*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do Saber**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. **Em Defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976) São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GOMES, Luiz Flávio. Medidas de Segurança e seus limites. *In: Revista Brasileira de Ciências Criminais*. Nº 2, abr./jun. 1993.

GRANDIN, Felipe; MARTINS, M. Antônio. Número de mortes por intervenção policial no RJ mais que dobra em cinco anos. **G1**, Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2016. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/08/15/numero-de-mortes-por-intervencao-policial-no-rj-chega-a-895-em-2018.ghtml>. Acesso em 22/10/2018.

INNOVARE INSTITUTO. **Ganhador do prêmio Inovare – VI Edição 2009**. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/premiacoes/edicao-vi-2009/>. Acessado em 14/11/2018.

LAZZARATO, M. **Signos, máquinas, subjetividades**. São Paulo: Sesc edições, 2014.

LEVI, Primo. **É isto um homem?** Rio de Janeiro: ROCCO, 1988.

LEVI, Primo; BENEDETTI, Leonardo. **Assim foi AUSCHWITZ: Testemunhos 1945 - 1986**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LOMBROSO, Cesare. **O Homem Delinquente**. São Paulo: Ícone Editora, 2010.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a filosofia e a literatura**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

MATTOS, Virgílio. **Crime e psiquiatria: uma saída**. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo T. **Inspeções aos manicômios**. Brasília: CFP, 2015.

MINAYO, M. C. de Souza (Org.). A Pesquisa Qualitativa. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18º ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 7ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

RAMOS, Breno Montanari. Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil. *In: QUIRINO, C., LIMA, M. G. A. (Org.). Medida de segurança – uma questão de Saúde e Ética*. São Paulo: Cremesp, 2013.

RAUTER, M. Cristina. **Criminologia e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.



RAUTER, M. Cristina. Saúde mental – medidas de segurança e execução penal e sistema prisional. *In: Psicologia e em interface com a Justiça e Direitos Humanos*, 1ª ed. Brasília: CFP, 2011.

RAMOS, Breno Montanari. Aspectos atuais da imputabilidade penal e da medida de segurança no Brasil. *In: QUIRINO, C., LIMA, M. G. A. (Org.). Medida de segurança - uma questão de Saúde e Ética*. São Paulo: Cremesp, 2013.

RUIZ, C. M. M. Bartolomé. **A sacralidade da vida na exceção soberana, a testemunha e sua linguagem**. Cadernos IHU, N. 39, ano 10, 2002.

SEAP. **Projeto vida leva formação em saúde e cidadania para internos de mais quatro unidades prisionais**, 15 de abril de 2011. Disponível em: <http://www.rj.gov.br/web/seap/exibeconteudo?article-id=424782>. Acesso em 20/12/2018.

SILVA, Haroldo Caetano. Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: A Experiência Goiana do PAILI. *In: Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20. (1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/15.pdf>. Acesso em 17/10/18.

SILVA, Jaqueline A. da. **Diário de campo no HCTP**. 2015.

SINDICATO DOS SERVIDORES DO SISTEMA PENAL. **Foto veículo SOE**. Disponível em: <http://www.sindsistema.com.br/noticias/>. Acessado em 15/08/18.

SOARES, Carlene Borges; DINIZ, Maria Aparecida. Os serviços substitutivos em saúde mental e as alternativas à lógica manicomial: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) como prática inovadora. *In: O Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade*. Org. VENTURINI, Ernesto; MATTOS, Virgílio; OLIVEIRA, Rodrigo Tôres. Brasília: CFP, 2016.

SPINOZA, B. **Ética**. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

TEDESCO, Silvia. **Inspeções aos manicômios**. Brasília: CFP, 2015.

UGIETTE, Marcelo Albuquerque. **Seminário de justiça e doença mental, Paineis: Medida de Segurança**. 2009. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informacao-e-comunicacao/eventos/saude-ental/simposio-justica-e-doenca-mental/apresentacoes-em-ppt/MEDIDA%20DE%20SEGURANCA>. Acesso em 19/10/2018.

FLUMINENSE, U. F. **Aula**. Rio de Janeiro: Campus Gragoatá, Maio, 2017.

UOL. **Astrônomo Nicolau Copérnico (1473-1543)**. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/filosofia/kant---a-revolucao-copernicana-a-resposta-ao-problema-do-conhecimento.htm>. Acesso em 30/09/2018.

VENTURINI, Ernesto. Diga o perito se a Justiça é capaz de entender e querer: o poder da normalização dos anormais. *In: Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário*.

Medida de segurança: do que se trata? vol. 2, nº 2. Minas Gerais: Tribunal de Justiça. 2012/2013.

VENTURINI, Ernesto. **Ernesto Venturini e a utopia possível**. Brasília: site.cfp.org, 2015. In: CFP. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/ernesto-venturini-e-a-utopia-possivel/>. Acesso em 27/09/2018.

WIKIPÉDIA. **Franco Basaglia**. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Franco\\_Basaglia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia). Acesso em 09/09/18.

\_\_\_\_\_. **Thomas Hobbes**. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas\\_Hobbes](https://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas_Hobbes). Acesso em 01/10/2018.

\_\_\_\_\_. **Arma de eletrochoque**. Disponível em: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Arma\\_de\\_eletrochoque](https://pt.wikipedia.org/wiki/Arma_de_eletrochoque). Acesso em 18/10/2018.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIARANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. Parte geral. 5º ed. São Paulo: Editora Revistas dos Tribunais, 2004.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **O Inimigo do Direito Penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.