

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

ELIZABETH VALLE BOTTI

REFÉNS DA SUBJETIVIDADE
A definição de indivíduo perigoso pela psiquiatria forense

Juiz de Fora

2011

ELIZABETH VALLE BOTTI

REFÉNS DA SUBJETIVIDADE

A definição de indivíduo perigoso pela psiquiatria forense

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, área de concentração Cultura, Poder e Instituições, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. André Moysés Gaio

Juiz de Fora

2011

Dedico este trabalho aos meus pais, Antônio Carlos e Alvina Maria, cujo amor pelos livros e incentivo ao conhecimento me inspiraram desde sempre. A eles, a minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor André Moysés Gaio, pela recepção acolhedora e amiga já antes mesmo do meu ingresso formal no curso de mestrado, pela generosidade com que partilhou comigo seu vasto saber, pela solidariedade e paciência com os meus limites.

Aos meus colegas defensores públicos, gestores da Defensoria Pública e assessores jurídicos pelo incentivo e apoio desde a ajuda no levantamento do material de campo à substituição durante o período em que estive em licença para o estudo. Assim também aos estagiários que me auxiliaram naquele tempo, especialmente a Laryssa Felizardo Amorim, que muitas vezes foi além das suas atribuições em apoio à minha demanda pessoal.

Aos serventuários das varas criminais da comarca de Juiz de Fora, que me franquearam o acesso aos arquivos das secretarias na busca dos laudos examinados, colaboração sem a qual este trabalho teria sido impraticável.

Às amigas e companhia certa de todas as horas, Branca Maria Ferreira Mascarenhas, Gisele Maria Ferrarez Fraga e Maria de Fátima Gomes Valle Nery, pela preciosa amizade com a qual me brindam. Ao amigo Wanderlei Marques Faini, pelo carinho e apoio de sempre.

À amiga Elizabeth de Paula Pissolato, que primeiro me chamou a atenção para as lentes com que olhamos o mundo, instigando-me a trilhar o caminho que aqui me trouxe.

Aos colegas de mestrado, pelas boas conversas, pelas discussões e troca de experiências que tanto me enriqueceram.

Aos demais professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais (PPGCS) da UFJF, pela valiosa contribuição na minha formação e atenção com que me receberam.

“Quem está em condições de avaliar o avaliador? Como controlar as derivas ligadas às miragens dessa ideologia da perícia generalizada que assaltou as sociedades democráticas e que pretende, em nome da segurança das populações, controlar o incontrolável?”

(Elisabeth Roudinesco - O paciente, o terapeuta e o Estado)

“[...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo pelo que se luta, o poder de que queremos nos apoderar”.

(Michel Foucault – A ordem do discurso)

“A política é a continuação da guerra por outros meios”

(Michel Foucault – Em defesa da sociedade)

“Solo le pido a Dios que la guerra no me sea indiferente[...]”

(Leon Gieco – Siete Años)

“A ideia de meter os loucos na mesma casa, vivendo em comum, pareceu em si mesma um sintoma de demência[...]”

(Machado de Assis – O alienista)

RESUMO

É fato o vertiginoso crescimento das taxas de criminalidade e da população carcerária no ocidente nas últimas três décadas, população essa eminentemente pobre. Da mesma forma observa-se o aumento e a especialização dos contingentes policiais, a disseminação e a sofisticação de mecanismos de vigilância, a ampliação dos poderes dos órgãos de controle social, além do desenvolvimento e da adoção de instrumentos, tecnologias e saberes científicos que procedam a avaliações e exames técnicos de criminosos. Dos estudos que buscam entender essa realidade dois conceitos se destacam especialmente, o de “cultura do controle”, de David Garland (2004); e o de “governo através do crime”, de Jonathan Simon (2007), esse último conjugando os conceitos de biopolítica e de “governamentalidade”, de Michel Foucault (1992, 1979). Tomando esse arcabouço teórico como referência para pensar o modelo brasileiro de tratamento da criminalidade e do criminoso, e considerando que uma das formas de vigilância e controle social na contemporaneidade se dá através da punição dos criminosos tidos como perigosos para o convívio social, por força de transtornos mentais ou de comportamento - avaliação a cargo do psiquiatra forense -, a presente pesquisa dá visibilidade ao discurso psiquiátrico presente em laudos oriundos de exames de sanidade mental, dependência toxicológica e de verificação de periculosidade produzidos em processos criminais. Sugere-se que a psiquiatria, ao identificar o indivíduo perigoso repete o padrão do encarceramento em geral, o fazendo sustentada em argumentação de cunho eminentemente subjetivo e incompatível com os avanços técnico-científicos que apregoa, inclusive o da antipsiquiatria ou reforma psiquiátrica, mostrando-se de fácil adequação tanto a um contexto de controle social rígido, quanto a uma proposta de governamentalidade através do crime.

Palavras-chave: Laudo psiquiátrico. Subjetividade. Controle social. Governamentalidade. Indivíduo perigoso.

ABSTRACT

In the past three decades, the huge growth in crime rates and prison population -- this predominantly a poor one -- in the West is indisputable. Likewise there is an increase and specialization of police contingents, the spread and sophistication of surveillance mechanisms, expanding the powers of social control, and the development and adoption of tools, technologies and scientific knowledge to undertake assessments and technical examinations of criminals. Among the studies seeking to understand this reality, two concepts stand out especially: the "culture of control" by David Garland (2004), and the "government through crime", by Jonathan Simon (2007). The latter combines the Michel Foucault's (1992, 1979) concepts of biopolitics and governmentality. Taking this theoretical framework as a reference for thinking about the Brazilian model of treatment of crime and criminal, and considering that one of the forms of surveillance and social control in contemporary society is undertaken through the punishment of offenders regarded as dangerous to the social environment, by virtue of mental or behavioral - evaluation of forensic psychiatrist in charge - this research gives visibility to this psychiatric discourse in findings from examinations of mental health, addiction and verification of dangerousness made in criminal cases. It is suggested that psychiatry, to identify the dangerous individual repeats the pattern of incarceration in general, in making sustained argument eminently subjective and inconsistent with the technical-scientific advances that proclaims, include the psychiatric reformation, the being both an easy adaptation to an environment of tough social control and a proposal of governmentality through crime.

Keywords: Psychiatric Report. Subjectivity. Social control. Governmentality. Dangerous individual.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção dos indivíduos perigosos em relação ao total dos indivíduos periciados.....	80
Gráfico 2 – Relação faixa etária e periculosidade.....	83
Gráfico 3 – Relação entre estado civil e periculosidade.....	84
Gráfico 4 – Relação entre escolaridade e periculosidade.....	85
Gráfico 5 - Relação entre ocupação e periculosidade.....	86

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	CONFIGURAÇÕES SÓCIO-POLÍTICAS	17
1.1	Cultura do Controle e o advento da Modernidade Tardia	19
1.2	A nova experiência do crime e suas implicações: biopolítica e governamentalidade	23
1.3	O Brasil e a modernidade tardia	32
2	INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA E INSTITUIÇÃO PENAL: ARTICULAÇÕES BIOPOLÍTICAS	34
2.1	O advento da noção de indivíduo perigoso e a constituição do saber psiquiátrico enquanto sistema de referência para o direito penal	34
2.2	Outra presunção de periculosidade no pensamento jurídico Brasileiro	37
2.3	A relação entre justiça penal e psiquiatria forense no Brasil	39
2.4	Avaliação de periculosidade no Brasil como avaliação de risco e os Instrumentos da biopolítica contemporânea	42
2.5	Os recursos da biotecnologia nos tribunais	46
3	OS LAUDOS PSIQUIÁTRICOS: CONTEÚDO, DISCURSO E IMPLICAÇÕES	51
3.1	Perfil dos periciados	51
3.1.1	<u>O sexo</u>	51
3.1.2	<u>A idade</u>	51
3.1.3	<u>O estado civil</u>	51
3.1.4	<u>A escolaridade</u>	52
3.1.5	<u>A profissão</u>	52
3.1.6	<u>A residência</u>	52
3.2	Considerações prévias	53
3.2.1	<u>Neutralidade e objetividade comprometidas</u>	55
3.2.2	<u>Assimetria e distorção na relação médico-paciente</u>	57
3.2.3	<u>Discurso técnico X discurso do examinando</u>	58
3.2.4	<u>Recursos de camuflagem</u>	59
3.2.5	<u>O impacto da institucionalização</u>	60

3.3	O exame psiquiátrico-forense: poder médico e verdade.....	61
3.3.1	<u>A biografia do examinando na construção dos laudos.....</u>	63
3.3.1.1	A família.....	65
3.3.1.2	O pai de família.....	67
3.3.1.3	Aspectos da vida pessoal e social do examinando.....	68
3.3.2	<u>O exame mental.....</u>	69
3.3.2.1	Os critérios de mensuração e avaliação de saúde mental.....	71
3.3.2.2	O fator temporal.....	75
3.3.2.3	No que se sustenta o diagnóstico? Considerações médico- legais e metodologia.....	75
3.3.3	<u>Os diagnósticos: números e comentários</u> Inconciliáveis.....	79
3.3.4	<u>Medida de segurança e reforma psiquiátrica: propostas</u> inconciliáveis.....	86
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXO A - Dados quantitativos.....	99

INTRODUÇÃO

O período compreendido entre meados da década de 1970 e o começo dos anos 1980 foi marcado por transformações importantes que afetaram a economia mundial, a composição e o modo de atuação política do Estado e de atores sociais, bem como as formas de sociabilidade.

Especificamente no campo da criminalidade, sua gestão e combate, uma série de significativas modificações caracteriza o período, constituindo uma nova experiência do crime, na qual a percepção em relação às suas causas, aos mecanismos mais adequados para combatê-lo e ao tratamento penal dado ao criminoso alteram-se radicalmente em relação ao período anterior, frustrando as expectativas de grupos mais progressistas.

Estudos diversos vêm sendo desenvolvidos tendo por meta compreender essa experiência, dentre os quais se destaca o trabalho de David Garland que, em *The culture of control* (2001), distingue um novo modelo de relações econômicas, sociais e culturais verificado nas últimas décadas no Ocidente, pautado por forte controle social e via do qual um novo paradigma e novas práticas de combate ao crime se instalam.

Destacam-se no exame do controle social contemporâneo nos termos postos por Garland novas práticas de ação governamental, que tanto privilegiam a parceria entre sociedade civil e Estado, possibilitando a implantação e execução das novas políticas de combate ao crime, quanto buscam também o fortalecimento do Estado soberano, ora questionado em face da percepção de sua incapacidade para dar solução ao crescente aumento das taxas de criminalidade, determinando maior presença do Estado, seja na intensificação do policiamento, seja no endurecimento da punição.

Essa dimensão de novas práticas governamentais foi amplamente estudada por Jonathan Simon, em *Governing through crime: how the war on crime transformed a american democracy and created a culture of fear* (2007), trabalho que traz a hipótese de que uma nova

governamentalidade, na acepção foucaultiana do termo¹, está sendo desenvolvida através do crime, ou seja, sendo o crime um tema estratégico, de fácil apelo e grande aceitação popular, capaz de legitimar práticas motivadas por razões nem sempre explícitas, vemos implantar-se através dele um novo modo de gestão dos problemas sociais, tais como o desemprego, a pobreza, o analfabetismo, dentre outros, que passam a receber tratamento criminal, resultando no encarceramento não só de infratores, mas também de determinados segmentos da população.

Esses foram temas constantes nas aulas ministradas pelos Professores Doutores André Moysés Gaio e Gilberto Barbosa Salgado, que frequentamos, antes mesmo do nosso ingresso oficial, no curso de Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora. As instigantes reflexões daqueles mestres e a leitura de obras de Michel Foucault, por eles indicada, levaram-nos a desenvolver um novo olhar sobre o mundo das normas jurídicas e das leis em geral, e inspiraram-nos pesquisar as formas de vigilância e de controle social na contemporaneidade, com foco na punição dada aos indivíduos considerados perigosos ou de risco para o convívio social por força da combinação de transtornos mentais e prática de delitos.

Para atingir nosso objetivo optamos pela análise do conteúdo de laudos psiquiátricos resultantes de exames de sanidade mental, de dependência toxicológica e de verificação de periculosidade produzidos em processos criminais, buscando apreender o discurso psiquiátrico e compreender qual seja o papel da psiquiatria no contexto dado, considerando-a, como Foucault (2002), o primeiro saber técnico a se ocupar da questão do crime, vindo a constituir-se no século XIX, ao lado do sistema penal, em forte instrumento de controle social, numa junção de saberes especializados que permanece até os dias atuais,

A pesquisa seguiu um enfoque qualitativo, buscando compreender valores culturais, sociais e éticos através da análise de conteúdo e de discurso, orientada pela noção de “formação discursiva”, de Foucault, conforme apresentada por Fisher (1995, p. 20) ao afirmar que “os enunciados

¹ Governamentalidade enquanto gestão (de saúde, higiene, natalidade e raças) das populações. Foucault se refere à governamentalidade como o conjunto formado por instituições, práticas, análises, conhecimentos, cálculos e táticas que, por meio de mecanismos de segurança e da economia política, permite o exercício de um complexo tipo de poder sobre a população.

e visibilidades, os textos e instituições, o falar e o ver constituem práticas sociais por definição, permanentemente presas às relações de poder que as supõem e as atualizam”.

Levamos em conta, portanto, em nossas análises não só o que é dito em dado momento, mas também as suas relações com o que já foi dito antes e, mesmo, com o não dito. Atentamos para a posição social e histórica dos sujeitos e para as condições em que dado enunciado ocorreu.

Adotamos, ainda, uma abordagem interacionista do objeto, ou seja, partimos do pressuposto teórico de que a realidade não é coisa dada, mas construída nas interações sociais, o que também impõe observar as relações entre os sujeitos envolvidos com foco nas posições ocupadas por cada um no contexto dado, nos seus recursos de poder e possibilidades de afirmação, defesa e manutenção destas mesmas posições.

Para isso, buscamos sustentação na teoria da rotulação, de Howard Becker, no interacionismo simbólico conforme proposto por Mead e Blumer, e no conceito de representação cunhado por Goffman, defendendo que um laudo psiquiátrico produzido em um processo criminal contém uma verdade que é produto de uma interação e expressa a “definição de uma situação” havida entre “atores”, cada um desempenhando um “papel” circunstancial num certo “cenário” e “alinhando-se à situação” a partir de regras construídas na interação mesma, num movimento de “ajustamento e acomodação”.

Iniciamos o trabalho dirigindo aos juízes das varas criminais mencionadas um requerimento para exame dos processos nos quais houvesse laudos psiquiátricos decorrentes de exames de avaliação de sanidade mental, dependência toxicológica e cessação de periculosidade. Pretendíamos fazer um levantamento prévio do material disponível para depois definir o recorte temporal; de todo modo, inicialmente tínhamos em mente trabalhar com laudos produzidos em processos que tratassem de homicídios e delitos envolvendo drogas.

Obtida a autorização, o que se deu prontamente e sem qualquer restrição², nos dirigimos às respectivas secretarias das varas criminais, detentoras da guarda dos processos, para o início do trabalho de levantamento

² Com exceção da Vara de Infância e da Juventude, cujos processos também pretendíamos examinar e cujo requerimento não havia sido despachado até a data da conclusão da dissertação.

documental. Nesta oportunidade constatamos que a autorização dada pelos juízes era só um primeiro passo e que o efetivo acesso aos laudos dependeria mais dos funcionários das secretarias, já que se fazia necessário localizar, num acervo de grande dimensão³, os processos que continham os laudos, o que só poderia ser feito pelos referidos funcionários. Com poucas exceções, essa dificuldade mostrou-se de difícil superação em face de funcionários sempre muito ocupados para o atendimento da nossa solicitação.

Optamos, então, por tentar o caminho inverso, ou seja, acessar os laudos diretamente dos prontuários dos hospitais que fazem as perícias ou, não sendo isto possível, ao menos obter o registro dos mesmos, visando identificar, pela numeração, os processos para os quais os laudos foram encaminhados, o que facilitaria o trabalho de localização nas varas criminais. Assim, começamos apresentando ao diretor do Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC) requerimento neste sentido. Em resposta nos foram enviadas informações referentes a 110 laudos. Somados aos que já havíamos localizado diretamente nas varas, tínhamos um acervo de 121 laudos a serem examinados, todos produzidos no período compreendido entre janeiro de 2009 e junho de 2010.

Ainda que com os números dos processos em mãos, a localização dos mesmos nas varas criminais foi demorada em face das dificuldades impostas pela rotina das secretarias e pelo trâmite próprio dos processos, que circulam entre juízes, promotores de justiça, advogados e defensores públicos. Este fato acabou por determinar não só o recorte temporal da pesquisa, mas também o tipo de delito relacionado, a uma vez que buscar outros laudos além dos já obtidos demandaria tempo do qual não dispúnhamos.

Não sendo numérico o critério de amostragem qualitativa, seguimos a orientação de Strauss (2008), de se considerar satisfatória a quantidade de material de análise na medida em que se observar que não surge mais nenhum dado novo ou importante e que as informações colhidas tornam-se reincidentes e redundantes.

³ Cada Vara Criminal da comarca de Juiz de Fora tem, aproximadamente, dois mil processos em tramitação, conforme informa o Tribunal de Justiça de Minas Gerais através do seu *site* oficial na internet, www.tjmg.gov.br.

Analisamos, assim, 77 laudos, dos quais 70 foram produzidos pela equipe médica do Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa (HTPWVC), 06 pela equipe do Hospital Regional João Penido, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em Juiz de Fora-MG, e 01 pelo Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena-MG, dos quais 53 resultam de exame de sanidade mental, 17 de exame de dependência toxicológica e 07 de exame de cessação de periculosidade.

Os laudos examinados foram direcionados a processos de 04 varas criminais, 01 vara do tribunal do júri e 01 de execuções criminais⁴, todas da comarca de Juiz de Fora. Dos processos relacionados, 51 tratam de crimes de furto e roubo; 08 tratam, direta ou indiretamente, de uso e/ou tráfico de drogas; 10 tratam de homicídio, 02 tratam de lesões corporais, 03 tratam de atentado violento ao pudor, 01 trata de estupro, 01 trata de desacato à autoridade, 01 de denúncia caluniosa.

Tendo em mente a hipótese de um contexto de controle social rígido e considerando a possibilidade da implantação no Brasil de uma governamentalidade através do crime intentamos analisar o discurso psiquiátrico, pensando-o no seu funcionamento enquanto instância de controle historicamente vinculada à justiça penal e nas chances da sua adequação a uma governamentalidade proposta. Por outro lado, sendo a periculosidade a noção que viabiliza a relações havidas entre justiça penal e psiquiatria, tencionamos saber quem é o indivíduo perigoso hoje do ponto de vista da psiquiatria forense.

O objetivo geral do trabalho é dar visibilidade ao discurso psiquiátrico expresso naqueles laudos, analisando-os nos seus compromissos firmados com a neutralidade científica, ou com uma política de controle decorrente da sua aliança com a instituição penal, bem como analisar o modelo brasileiro atual no que diz respeito ao tratamento da criminalidade e do criminoso, com foco na relação entre transtorno psiquiátrico e risco de comportamento violento, considerando os instrumentos de avaliação e as técnicas adotadas pela psiquiatria forense.

⁴ A Vara de Execuções Criminais trata de processos nos quais já existe condenação e cuida exclusivamente da execução das penas e das medidas de segurança.

As hipóteses levantadas e as referências adotadas para a leitura dos laudos são as seguintes:

- as condições de imparcialidade na avaliação, a qualidade da comunicação estabelecida entre perito e examinando, o peso da institucionalização nos resultados;
- quais e como os dados biográficos do examinando aparecem nos laudos;
- os critérios de mensuração para a avaliação da saúde mental, considerados em termos de objetividade;
- a metodologia utilizada e os argumentos que sustentam os diagnósticos emitidos e a relação estabelecida entre transtorno mental, crime e periculosidade.

Três conceitos amplos norteiam a pesquisa proposta, o de “cultura do controle”, nos moldes propostos por David Garland (2001), e os de biopolítica e “governamentalidade”, de Michel Foucault (1992, 1979), este último no sentido da leitura feita por Jonathan Simon, em *Governing through crime: how the war on crime transformed american democracy and created a culture of fear* (2007), a partir dos quais são consultados autores que desenvolvem teorias acerca da injunção criminalidade-psiquiatria-controle social, bem como o material de campo.

O trabalho está estruturado em três capítulos.

O primeiro, subdividido em três subtítulos, faz uma configuração sócio-política do tema. No primeiro subtítulo, a proposta da pesquisa é contextualizada na problemática ampla da experiência contemporânea do crime, considerada enquanto parte de um novo modelo de relações políticas, econômicas, sociais e culturais; nesse tópico é apresentado e desenvolvido o primeiro conceito orientador da pesquisa, ou seja, “a cultura do controle”, de Garland (2001); o segundo subtítulo discorre sobre os conceitos foucaultianos referidos, relacionando-os com as novas práticas e filosofias de combate à criminalidade enquanto instrumentos de controle social, nos moldes dados por Simon (2007); no terceiro subtítulo trazemos a discussão para o contexto brasileiro, apontando aproximações e distanciamentos, e buscando um possível enquadramento no arcabouço teórico-conceitual tratado.

O segundo capítulo, também é subdividido em três subtítulos, tratando o primeiro do advento da noção de indivíduo perigoso e da constituição do saber psiquiátrico enquanto sistema de referência para o direito penal, apontando a aliança firmada entre instituição penal e instituição psiquiátrica e considerando-a em termos de uma articulação política, ou biopolítica, iniciada no século XIX e tornada possível através do advento do indivíduo perigoso; o segundo trata dos desdobramentos da noção de indivíduo perigoso e de periculosidade e sua conversão em avaliação de risco; o terceiro apresenta os instrumentos da biopolítica contemporânea, sua utilização pela psiquiatria e pelo sistema penal, numa consideração feita a partir da legislação penal brasileira.

O terceiro capítulo traz os laudos psiquiátricos e faz uma análise do conteúdo discursivo dos mesmos, com foco nos critérios de avaliação e metodologia adotados em sustentação dos diagnósticos proferidos. Por fim, denuncia a incompatibilidade havida entre medida de segurança e reforma psiquiátrica nos termos da Lei 10.216/2001.

1 CONFIGURAÇÕES SÓCIO-POLÍTICAS

O período em curso a partir da década de 1970 foi marcado por transformações importantes que afetaram a economia mundial, a composição e modo de atuação política do Estado e de atores sociais, bem como as formas de sociabilidade.

Especificamente quando ao tema da segurança e da criminalidade, o Brasil segue na esteira do que vem acontecendo em países do hemisfério norte ocidental, especialmente nos Estados Unidos e Grã-Bretanha, colocando o assunto na ordem do dia e relegando a segundo plano a preocupação com outros problemas sociais que clamam por solução urgente, num país onde a pobreza, a desigualdade social e o desemprego têm alcançado dimensões trágicas.

Tal como naqueles países, a taxa de criminalidade é crescente entre nós, e as pesquisas de opinião apontam a grande preocupação dos brasileiros com a criminalidade violenta, bem como um endurecimento na percepção do que seja e de como deve ser tratado o criminoso.

Por outro lado são verificados o aumento e a especialização dos contingentes policiais, a ampliação dos poderes dos órgãos de controle formal, a disseminação de mecanismos de vigilância, com maior sofisticação dos equipamentos eletrônicos. Em acréscimo, observa-se a adoção cada vez mais ampla de instrumentos e saberes científicos que procedam a avaliações e exames técnicos de criminosos, objetivando revestir as decisões na esfera criminal de certo grau de cientificidade, garantindo sua confiabilidade.

A criminalidade como apresentada, sua gestão e combate vêm revelando uma nova experiência do crime, na qual a percepção em relação às suas causas, aos mecanismos mais adequados para combatê-lo e ao tratamento penal dado ao criminoso não é matéria pacificada.

Tendo em conta o fato do crescimento vertiginoso da população carcerária no Brasil e de ser ela composta basicamente por indivíduos oriundos das camadas mais pobres da população⁵, pensar o controle social

⁵ Os dados divulgados pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), do Ministério da Justiça, informam:

através do crime e da punição é a proposta de fundo deste trabalho.

Uma das formas de vigilância e controle social na contemporaneidade se dá através da punição dos indivíduos considerados perigosos, ou de risco para o convívio social, por força da combinação de transtornos mentais e de comportamento com prática de delitos. A punição se dá, neste caso, através do internamento compulsório dos mesmos em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou do seu submetimento, também compulsório, a tratamento psiquiátrico ambulatorial. Em ambos os casos, o indivíduo tem a liberdade restrita por tempo indeterminado, sendo que o profissional legitimado a fazer a verificação e rotulação daqueles que serão assim tratados é o psiquiatra forense. Pensar qual seja o papel da psiquiatria neste contexto impõe-se, vez ser ela talvez o primeiro saber técnico a se ocupar da questão do crime havendo, segundo Foucault (2002), se institucionalizado como ramo da medicina geral exatamente na sua vertente forense, em meados do séc. XIX quando, ao lado do sistema penal, se constituiu como instrumento de controle social, numa junção de saberes especializados que permanece até os dias atuais.

No ano de 2010, o Brasil tinha a terceira maior população carcerária do mundo, com 494.598 presos. Com essa marca, o país estava atrás apenas dos Estados Unidos, que têm 2.297.400 presos, e da China, com 1.620.000 encarcerados. Estimativas do DEPEN dão conta de que se a taxa de crescimento da população carcerária continuar aumentando ao ritmo atual de 8,12% ao ano, em 2012 teremos uma população carcerária de 623.086 presos, um crescimento de 32,54% em relação a 2007.

Como no resto do mundo, a população carcerária do Brasil é formada basicamente por homens, jovens, pobres e com baixo nível de escolaridade. Os dados sobre o sistema prisional indicam que mais da metade dos presos tem menos de trinta anos, sendo que a faixa etária de 18 a 24 anos é a que apresenta o maior número, aproximadamente 30,32% do total de presos do país. Dos encarcerados, 95% são pobres, 93,88% são do sexo masculino e dois terços não completaram o primeiro grau (cerca de 7,22% são analfabetos).

Até dezembro de 2008, o total de estabelecimentos prisionais no país era de 1712, sendo 1570 destinados a abrigar presos do sexo masculino, e 142 para o sexo feminino. As cadeias públicas representam cerca de 68% dos estabelecimentos penais do país. Do total de estabelecimentos somente 8,3% é destinada a população carcerária feminina.

Quase metade dos presos do Brasil está atrás das grades por ter cometido roubo ou furto (178.544). A segunda maior razão para as prisões são o envolvimento com drogas (59.447) e homicídio (46.363) (BRASIL, 2010a).

1.1 Cultura do controle e o advento da modernidade tardia

Em *The culture of control*, David Garland (2001), tratando do caso dos Estados Unidos e da Grã-Bretanha, aponta que a partir aproximadamente de fins da década de 1970 aqueles países renunciaram às políticas de bem estar social amplamente implantadas e ao que ele denomina *Penal Welfarism*.

Compreendido como um programa governamental de enfrentamento da criminalidade o *Penal Welfarism*, levando em conta fatores estruturais da marginalização social, trabalha com políticas públicas via das quais Estado e sociedade civil, concentrando-se na pessoa do criminoso e sua motivação específica, buscam combater a criminalidade a partir de intervenções cientificamente orientadas, chanceladas por médicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e, considerando teorias criminológicas tais como anomia, privação relativa, rotulação e outras afins, admitem o criminoso como oriundo de um processo socializador deficiente e de circunstâncias sociais, psicológicas e econômicas adversas e impróprias à constituição da pessoa socialmente bem-ajustada e conformada aos moldes sociais prevaletentes, em suma, respeitadora da lei. Nestes termos, o criminoso é considerado passível de reabilitação e o Estado desempenha funções tutelar e assistencial, buscando suprir referidas deficiências e promover a sua reinserção no convívio social.

Um novo paradigma e uma nova prática de combate ao crime se instalam com o advento da “modernidade tardia”, conceito adotado por Garland (2001), para distinguir um novo modelo de relações econômicas, sociais e culturais verificado nas últimas décadas no ocidente. Determinante da transformação de valores e atitudes, o modelo tem como característica uma maior concentração no crime e seus efeitos que na pessoa do criminoso, mais na prevenção e no controle que na reabilitação, desqualificando o criminoso e trazendo a vítima para o centro da discussão.

Segundo o autor esta nova experiência do crime constitui o protótipo mesmo da modernidade tardia ao expor todo um conjunto de riscos, inseguranças e mazelas sociais percebidos como inerentes à contemporaneidade e configuradora de respostas específicas, sendo o crime

um evento simbólico dos desafios hoje apresentados à ordem social, às políticas governamentais, à sociedade civil e à democracia.

Argumenta o autor que, face aos primeiros sinais do aumento da criminalidade naqueles países, a política de bem estar social vigente passa a sofrer críticas, isto antes mesmo dos anos setenta, porém, críticas no sentido da necessidade de radicalizar e ampliar determinadas conquistas, ou de que as intervenções em curso se mostram insuficientes para o correto funcionamento do sistema. Admite-se, por outro lado, que uma taxa básica de crimes é aceitável numa sociedade de massa e que o Estado é capaz de administrá-la a contento, bem como é capaz de promover métodos eficazes de reabilitação.

Porém, no decorrer das últimas três décadas e diante do crescente aumento das taxas de criminalidade, as críticas se tornaram mais acirradas e um novo discurso, contrário ao anterior, se instala e ganha cada vez mais adeptos, ou seja, a de que a política penal tradicional não funciona, *nothing works* (nada funciona).

Os debates político-eleitorais trazem ao público a questão emergente, muitas vezes com soluções simplistas, e a sociedade civil passa a exigir medidas mais duras e reformas que ampliem e fortaleçam a área penal. Investimentos estatais são feitos no controle do crime e na segurança da população, a par do massivo investimento da iniciativa privada na área, oferecendo a segurança que o Estado não mais garante e insuflando o debate, tudo contribuindo para a instalação da crise. Assim, a reabilitação e os profissionais nela envolvidos perdem credibilidade e poder de convencimento.

A falência do *Penal Welfarism* decorreria de várias causas concorrentes, não se limitando apenas ao aumento da criminalidade, um fator entre outros. Neste raciocínio, o autor se remete às profundas transformações sócio-econômicas e culturais pelas quais as sociedades ocidentais passaram nas últimas décadas. Destacam-se a modificação da estrutura e das relações familiares, a globalização e a expansão de economia de mercado, bem como a implantação de novas tecnologias, o aumento da produção e oferta de bens de consumo, as modificações no mercado e nas relações de trabalho, inclusive com a presença massiva da mulher, o enfraquecimento dos sindicatos e o aumento do desemprego e do subemprego. O crescimento dos subúrbios empobrecidos e segregados e o declínio das comunidades tradicionais também

compõem o quadro, ao lado da penetração da televisão nos lares, do advento da comunicação de massa e do questionamento e enfraquecimento das autoridades, inclusive a do Estado. Tudo isto formata sociedades fortemente heterogêneas e marcadas pelos riscos, pela insegurança e por novas demandas de controle social, alicerçando posturas reacionárias, incompatíveis com a solidariedade e com a defesa e a preservação de direitos individuais dos que ameaçam aquelas mesmas sociedades.

A soma destes fatores e o modo como o contexto foi percebido por aquelas sociedades e “trabalhado” pelos políticos, pelas *claimsmakers*⁶ e pelos formadores de opinião, aí incluída a *mídia* em geral, é material para a construção do crime como um problema sócio-político de grande dimensão,

um fenômeno que emerge a partir das interações sociais em um mundo construído a partir de relações de poder já dadas, marcadas pela desigualdade de recursos de poder. As teorias criminológicas produzidas desde a década de 1970, teorias do controle e das oportunidades, são analisadas como fazendo parte, mais do que explicando as causas dos crimes, do complexo da nova experiência do crime (GAIO, 2006, p. 47).

Com a renúncia às políticas de bem estar social, o Estado tutelar converte-se em Estado punitivo, passando a adotar, no campo penal, teorias como a da “Escolha Racional” e das “Oportunidades”, para defender que o indivíduo só pratica o crime após calcular os prós e contras da ação criminosa e da condição favorável à prática, procedendo a uma avaliação dos riscos de ser preso ou de se beneficiar com o produto do crime. O suporte teórico adotado leva a considerar o ser humano plena e exclusivamente responsável por suas atitudes antissociais e criminosas, devendo ser impedido de assim proceder a qualquer custo, através de forte controle, mesmo que por meios violentos e excludentes.

No contexto estudado por Garland (2001), é de máxima importância a cooperação entre estruturas estatais e sociedade civil, que resulta numa estratégia efetiva no sentido da implantação e execução das novas políticas e práticas de combate ao crime, já identificada a partir do

⁶ *Claimsmakers*: agências reivindicantes.

modelo do rizoma, tal como foi desenvolvido por Deleuze e Guattari (1995) para abordar o modo múltiplo, não-hierárquico de estruturas que se conectam, mas não possuem um centro [...] para iluminar como diferentes setores do Estado e da sociedade lidam com a questão do crime [...] [revelando] a intenção de mobilizar corações e mentes para fazer emergir da experiência do crime, através de estímulos variados, [...] uma sensibilidade nova que pudesse imprimir uma dinâmica particular da política, uma rotina singular no funcionamento das agências do Estado, um conjunto de valores e práticas sociais dos indivíduos e das empresas (GAIO, 2006, p. 51).

Desta maneira, para além do aumento das taxas de criminalidade, explica-se a implementação das políticas de controle hoje verificadas nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha tanto a partir das mudanças estruturais sócio-econômicas e culturais, anteriores e subjacentes ao seu advento, da interpretação dada a elas e da sua percepção popular, quanto da atuação conjunta entre sociedade civil, instituições estatais e privadas, que resultaram no apoio que possibilitou o seu franco acolhimento.

Admitindo o criminoso com um sujeito racional, ou seja, capaz de avaliar os custos e benefícios da ação criminosa e consoante às teorias assim fundamentadas, novas filosofias da punição alicerçam as políticas de combate ao crime, justificando o tratamento duro dado ao criminoso e impondo uma nova postura no seu trato.

Uma destas filosofias, da Dissuasão (*deterrence*), aposta na possibilidade de dissuadir o indivíduo da prática do crime se ele tiver conhecimento preciso dos resultados danosos para si dela decorrentes. Assim, uma política de combate ao crime deve fundar-se na certeza, na celeridade e na intensidade da punição, a serem amplamente divulgadas (NAGIN, 1998).

Sua implementação em termos práticos inclui ações diversas, numa tentativa de redução da “oferta de crimes no ambiente, ‘revitalizando’ lugares de alto risco e instalando dispositivos de vigilância”, ou de diminuição da “demanda, elevando o elemento de custo no cálculo dos possíveis criminosos” (VAZ, 2004, p. 13), com a intensa intervenção policial em áreas específicas e com a adoção de penas pesadas mesmo para delitos de menor gravidade.

Em complementação e direta correlação com a dissuasão, a filosofia da incapacitação (*incapacitation*), dirigida ao criminoso convicto, legitima o seu

encarceramento por longo tempo, impedindo-o fisicamente de agir criminosamente contra a sociedade mais ampla (NAGIN, 1998).

As novas filosofias da punição respaldam políticas como a de tolerância zero e novos institutos penais, como a *three strikes*, via da qual se condena à prisão perpétua o indivíduo que haja cometido três crimes considerados graves; a adoção de sentenças obrigatórias mínimas, que desconsidera circunstâncias atenuantes e impõe penas fixas para cada tipo penal; a restrição à suspensão condicional da pena (*probation*) e ao livramento condicional (*parole*), bem como a ampliação da aplicação da pena de morte. Tudo isto se faz ao lado de grande produção legislativa para o combate de crimes específicos, tais como pedofilia, crimes sexuais, uso e tráfico de drogas, dentre outros, resultando num mais amplo controle social e político do cidadão em geral e no encarceramento em massa, sendo a prisão convertida, conforme aponta Jonathan Simon (2007), numa instituição socializadora, ao lado da família, igreja e escola.

1.2 A nova experiência do crime e suas implicações: biopolítica e governamentalidade

Destacam-se do exame do controle social contemporâneo nos termos postos por Garland duas novas práticas de ação governamental, uma que privilegia a parceria entre sociedade civil e Estado, possibilitando a implantação e execução das novas políticas de combate ao crime; outra afeta ao fortalecimento do Estado soberano e sua autoridade, questionada em face da percepção de sua incapacidade para dar solução ao crescente aumento das taxas de criminalidade, determinando maior presença do Estado, seja na intensificação do policiamento, seja no endurecimento da punição.

Essa dimensão de novas práticas governamentais foi estudada por Jonathan Simon, em *Governing through crime: how the war on crime transformed a american democracy and created a culture of fear* (1998), trabalho que traz a hipótese de que uma nova governamentalidade, na acepção foucaultiana do termo, está sendo desenvolvida através do crime.

Alcançando a população no seu aspecto amplo, ou seja, no âmbito da saúde, higiene, natalidade etc, Foucault (2005) se refere à

governamentalidade como o conjunto formado por práticas, instituições, análises, conhecimentos, cálculos e táticas que, por meio de mecanismos de segurança e da economia política, permite o exercício de um complexo tipo de poder sobre a população.

Ao se referir a um governo através do crime Simon (2007) argumenta que sendo o crime um tema estratégico, de fácil apelo e grande aceitação popular, capaz de legitimar práticas motivadas por razões nem sempre explícitas, vemos implantar-se através dele um novo modo de gestão da população e dos problemas sociais, tais como o desemprego, a pobreza, o analfabetismo, dentre outros, que passam a receber tratamento criminal, resultando no encarceramento não só de infratores, mas também de determinados segmentos da população. Seria o crime a mola propulsora capaz ainda de, num movimento circular, inspirar tecnologias e discursos institucionais que reforcem a proposta mesma de governamentalidade, o que se traduz não em repressão ou prevenção da criminalidade, mas na utilização do tema para a construção de estratégias de poder e de dominação.

Na obra *Em defesa da sociedade* Foucault (2005) propõe pensar as relações de poder não a partir do modelo jurídico da soberania - aquele no qual se concebe um ato fundador, um momento histórico no qual sujeitos detentores de um poder ou direito naturais disponíveis, os transferem a outrem, constituindo uma soberania política que tomará formas diversas, nos diversos modelos de sociedades constituídas ao longo da história humana -, mas como relações de forças que, interagindo entre si, resultam em dominação, sempre provisória, de uns sobre os outros; portanto, não a lei como manifestação do poder, mas as diferentes técnicas de coerção por ele empregada no correr do processo histórico, que permitem que a dominação aconteça.

Tais relações de forças seriam, em outros termos, uma relação guerreira, primeva e permanente, na qual se acham os homens irremediavelmente enredados em defesa de suas vidas; uma guerra iniciada em batalhas primitivas que, a partir da formação do Estado, foi por ele monopolizado. Desta relação guerreira, essencialmente questão de vida e morte, derivam a dominação, a diferenciação e a hierarquização sociais.

Dois conceitos estruturam o texto de Foucault, o “poder soberano” e “biopoder”. Demonstrando a atemporalidade dos mesmos, o autor aponta como eles foram utilizados em articulação com o racismo para legitimar a dominação, seja ela uma determinada posição dos indivíduos entre si, seja de um determinado modelo de Estado frente a um indivíduo ou a toda uma população.

Foucault aponta como atributo fundamental da teoria clássica da soberania o direito de vida e de morte, ou seja, a vida e a morte dos súditos só se tornam direitos pelo efeito da vontade soberana, o soberano pode fazer morrer e deixar viver (FOUCAULT, 2005, p. 286). É pelo poder de matar que o soberano domina seus súditos.

Uma nova diretriz política, emergente no século XIX, traz em seu bojo uma alteração que constitui um poder inverso sobre a vida e a morte como atributo da soberania, que se apresenta, então, como o direito de fazer viver e de deixar morrer (FOUCAULT, 2005, p. 287). Esta transformação estaria respaldada em teses jurídicas formuladas desde o século XVII, com ampliação no século XVIII, embasadas no entendimento de que os indivíduos só firmam o contrato social, pelo qual delegam a um soberano poder absoluto sobre eles, motivados pelo perigo ou pela necessidade, ou seja, para proteger a vida, para poderem viver (p. 289).

Se a vida, como elemento fundador do poder soberano, como razão mesma da sua constituição, pode ou não ficar fora do contrato, em outras palavras, se pode ser preservada ou sacrificada em garantia da execução do contrato firmado, é questão que o autor remete à filosofia política, mas que usa para apontar como, bem cedo, ela aparece como objeto de problematização no pensamento político.

Colocada a questão da transformação do poder de vida e morte como atributo da soberania, tanto na teoria clássica, quanto no novo direito, o autor propõe pensá-la não em termos de teoria política, ou seja, não em termos de contrato, de cessão de direito, mas, sim, a partir de mecanismos, de técnicas e de tecnologias de poder (FOUCAULT, 2005, p. 288).

Num primeiro momento, Foucault nos reporta aos séculos XVII e XVIII, com o surgimento da tecnologia disciplinar do trabalho. Teoria vastamente explorada em *Vigiar e punir*, é definida como uma técnica de

poder cuja intervenção se dá diretamente no corpo do indivíduo, sua localização, sua distribuição espacial e sua organização num campo de visibilidade; a disciplina, os exercícios a serem realizados com o objetivo de aumentar-lhe a força útil, corrigir-lhe as distorções, fazê-lo chegar a um nível otimizado de eficiência, técnicas de racionalização e de economia estrita de um poder que devia se exercer da maneira menos onerosa possível, mediante todo um sistema de vigilância, de hierarquia, de inspeções, de escriturações, de relatórios.

A essa tecnologia disciplinar, aponta o autor, se soma outra que, embora não disciplinar, dela se utiliza para implantar-se, vindo a constituir-se durante o século XVIII, numa técnica que vai ser direcionada não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem-espécie, numa tentativa de reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos. Essa tecnologia de poder que Foucault (2005) chama de biopolítica da espécie humana é exercida sobre a multiplicidade dos homens enquanto uma massa global, afetada por processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença etc.

Tratando a população como problema a um só tempo político, econômico, científico, biológico e de poder, a biopolítica têm funções diversas; o que se busca é prever, medir, estimar estatisticamente, estabelecer mecanismos disciplinares e reguladores que permitam alcançar, num contingente populacional global sujeito ao aleatório, estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, trata-se de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação, de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar um estado de vida. Mecanismos como os disciplinares, destinados a maximizar forças e extraí-las, mas que passam por caminhos inteiramente diferentes.

Diz respeito esta nova tecnologia, dentre outras coisas, ao controle de natalidade, mortalidade e epidemias, apontadas pelo autor como os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle da biopolítica. Interessa-lhe especialmente a sexualidade, que adquire importância tanto a nível individual,

por força da crença de que a criança que se masturba demais será por isto doente a vida toda; quanto coletivo, especialmente quando ligada à possibilidade de constituição de uma descendência degenerada por aqueles sexualmente devassos.

Introduz-se aí uma medicina política ou social, cuja função maior é a de higiene pública, exercida através da coordenação dos tratamentos médicos, da descentralização da informação, da normalização do saber. A medicina e a higiene se confundindo chegam ao século XIX com grande poder de influência sobre o corpo e a população, com efeitos disciplinares e reguladores, trazendo a “norma” e possibilitando uma técnica de intervenção com efeitos de poder próprios.

A questão, talvez mais controversa, levantada por Foucault (2005), ou seja, a de que o poder é positivo, produtivo, surge mais clara considerando esta dimensão de idealidade possibilitada pela norma. É positivo o poder quando ele, ao cuidar da normalidade dos indivíduos, produz uma negatividade ética, um padrão do que “não ser” que delimita a forma de ser dos indivíduos, que passam a temer encontrar em si algo de anormal, dedicando suas vidas a lutarem contra si mesmos, contra seus impulsos, seus desejos, enfim, para constituírem-se em sujeitos normais.

A biopolítica, trabalhando com a noção de população, dela vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção do seu poder, o que não era possível nem na teoria jurídica - o direito só conhecia o indivíduo e a sociedade -, nem na prática disciplinar - que cuidava tão somente do indivíduo e seu corpo.

O advento das biopolíticas, diferentemente do poder concebido na teoria clássica da soberania- fazer morrer e deixar viver -, se traduz num “biopoder”, numa regulamentação que intervém para fazer viver e deixar morrer, controlando os possíveis acidentes, suas deficiências e eventualidades, aumentando o tempo de vida. Ao poder público, ao Estado, cabe então, sob pena de desconstituir-se enquanto soberania, garantir a vida, o que permite pensá-lo não como negativo ou repressor, ao contrário, nesta dimensão o poder ganha caráter de positividade, de produtividade.

Retomando a questão da dominação enquanto relações de forças, observa-se como, em dado momento, o poder de vida e de morte - atributo

fundamental da teoria clássica da soberania -, pôde constituir-se, embora transformado, em atributo fundamental do “biopoder”, tendo no racismo o elemento aglutinador que permitiu que ambos os conceitos atendessem, de uma só vez, ao mesmo objetivo.

Para Foucault, foi o “biopoder” que inseriu o racismo nos mecanismos do Estado como dispositivo fundamental de dominação; nas suas palavras,

no contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros (2005, p. 304).

Não o tendo criado, o “biopoder” atualiza o racismo tradicional numa espécie de justificativa científica para permitir o domínio, legitimando o poder exercido. A apropriação do racismo pelo biopoder se faz numa dimensão positiva, no que diz respeito a manter-se vivo, pois, “se você quer viver, é preciso que você faça morrer, é preciso que você possa matar” (FOUCAULT, 2005, p. 305).

Relação, portanto, de tipo guerreira, construída em parte por esse racismo que permite que eu mate o meu oponente, meu inimigo, para me manter vivo, que faz existir entre minha vida e a morte do outro uma relação legítima de dominação compatível com o exercício do “biopoder”, já que,

quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar. A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura (FOUCAULT, 2005, p. 305).

A par, portanto, de uma relação guerreira, num nível biológico a eliminação da vida no biopoder é tão legítima quanto a que encontramos na vontade soberana, porque representa a eliminação de um perigo biológico e,

por sua vez, essa eliminação do perigo acarretará no fortalecimento de um determinado grupo biológico, racial; “a raça, o racismo é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2005, p. 305).

O racismo legitima o poder soberano e o biopoder, autorizando a eliminação do inimigo, não apenas tirando-lhe a vida diretamente, mas também o expondo à morte, multiplicando o risco de morte; ou promovendo sua morte política, sua expulsão do convívio social, sua rejeição.

Dessa forma, podemos compreender a associação estabelecida entre a teoria biológica do século XIX e o discurso do poder. A teoria biológica não seria somente uma forma de mascarar os interesses políticos, tampouco seria somente uma imagem científica, mas uma forma de pensar as colonizações, as guerras, a criminalidade, os fenômenos da loucura e da doença mental, a história das sociedades com diferentes classes etc.

O racismo, em articulação com o biopoder, também foi utilizado quando se pensou na criminalidade; se

a criminalidade foi pensada em termos de racismo foi igualmente a partir do momento em que era preciso tornar possível, num mecanismo de biopoder, a condenação à morte de um criminoso ou seu isolamento. Mesma coisa com a loucura, mesma coisa com as anomalias diversas (FOUCAULT, 2005, p. 308).

Não se trata, portanto, de um racismo que se traduz em ódio de uma raça pela outra, ou uma espécie de operação ideológica tradicional; “o racismo é ligado ao funcionamento de um Estado que é obrigado a utilizar a raça, a eliminação das raças e a purificação da raça para exercer seu poder soberano” (FOUCAULT, 2005, p. 309).

Exemplo por excelência deste raciocínio é o Nazismo, em que o poder soberano e o biopoder, conjugados entre si e apropriando-se de um racismo pré-existente, devidamente transformado e direcionado, permitiram a eliminação de milhões de indivíduos, considerados não na sua individualidade, mas enquanto uma determinada coletividade.

Na leitura, ainda, de *Vigiar e punir* encontramos a simultaneidade entre a hegemonia da prisão como forma de punir - em sucessão ao suplício - e o nascimento da sociedade disciplinar, isto em meados do séc.XIX.

Uma rápida adoção da prisão pelas sociedades ocidentais, contrária ao que propunham os críticos do suplício, teria se dado em decorrência da semelhança com instituições disciplinares e técnicas de poder que já vinham sendo desenvolvidas desde o séc. XVII, tais como as fábricas, as escolas, os hospitais e sanatórios; na prisão, o prisioneiro se curaria de seus desvios, recuperando a condição para o convívio social.

Assim, entre a Idade Clássica e a Modernidade verifica-se uma mudança no objeto da ação punitiva: se o suplício visava o corpo do criminoso, a prisão visa sua alma, busca a correção, a disciplina, a readequação do prisioneiro à sociedade; visa, especialmente, que o prisioneiro compreenda sua ação criminosa. Ideal, portanto, de reabilitação, de retorno a um padrão de normalidade.

A mudança do objeto de punição, do corpo à alma, traz para a lei, “a norma”, mudando teoria e prática judiciais, que se concebem, desde então, a partir de uma dimensão de idealidade, onde o delinqüente é “criado”, e por via da qual se busca compreender - para melhor corrigir - a origem do desvio que levou ao crime, o motivo oculto no seu passado, determinante de sua conduta presente e futura. Está ele, portanto, em julgamento não pelo que fez, mas pelo que é, devendo continuar a ser julgado mesmo após a condenação, pelo que sua sentença não está mais a cargo apenas do juiz, mas também de “especialistas em normalidade”, ou seja, psiquiatras, psicólogos, médicos, assistentes sociais etc, que interferem diretamente no julgamento e no cumprimento da sentença, tudo isto através das técnicas e saberes do “biopoder”.

A conjugação daqueles mecanismos disciplinares e reguladores, atributos do “biopoder”, constituíram no séc. XIX o que Foucault chama de sociedade de normalização, onde a “norma”, ditada por técnicos de especialidades diversas, especialmente da medicina, impera e determina padrões de comportamento individuais, coletivos e políticas estatais.

Tratando-se aqui especificamente da criminalidade e das práticas de punição, considerando os investimentos técnicos, financeiros e políticos que

ao longo do tempo foram destinados à construção de uma sociedade de normalização, onde tudo é, ao menos em tese, controlado, seria plausível esperar que os sécs. XX e XXI trouxessem não só uma redução da criminalidade, mas também uma multiplicação de penas e tratamentos alternativos, com uma redução maciça do encarceramento que, por força dos saberes desenvolvidos e largamente aplicados, resultassem em reabilitação.

A promessa, porém, não se cumpriu. Assistimos, no final da década de 70 do séc. XX, à reinvenção da prisão como forma pura e simples de depósito de prisioneiros, de contenção dos mesmos. O papel da punição como reabilitação perde espaço para a prisão com capacidade de isolar os prisioneiros do restante da população, importando mais os muros intransponíveis das penitenciárias de segurança máxima, as penas privativas de liberdade cada vez maiores e mais amplamente aplicadas.

A prisão sem proposta de reabilitação opera fundada na ideia de risco; o que ela visa é garantir a segurança de determinada parte da população através da exclusão física de outra parte, evitando que a primeira seja exposta ao risco representado pela segunda.

Adotado pela justiça penal, segundo Foucault (2005) por inspiração do direito civil e sua noção de “responsabilidade sem culpa”, conhecida hoje no Brasil como “culpa objetiva”, o conceito de risco é responsável por mudanças significativas na tarefa de punir e impõe observações relevantes, desenvolvidas adiante neste trabalho. Embora a adoção da prisão como maneira de contenção de riscos pela exclusão pura e simples esteja em oposição à ideia de reabilitação, o que se busca punir, tal como na proposta de normalização, é ainda a “alma”, não propriamente pela ação criminosa praticada, mas pelo que o indivíduo criminoso é e pelo mal que pode vir a causar, apontando, seja pela via da teoria das oportunidades, seja pela da escolha racional, para a falta de autocontrole e, portanto, para o risco que ele apresenta de pôr em perigo a sociedade, risco este nomeado pela justiça penal de periculosidade⁷.

⁷ Vocábulo oriundo do latim *periculosos* que, em sentido amplo, significa perigoso, arriscado, cheio de perigos. Na terminologia jurídica entende-se periculosidade como “a propensão delas (pessoas) para o mal, a tendência para o mal, revelada por seus atos anteriores ou pelas circunstâncias em que praticam o delito [...] Os criminalistas distinguem a periculosidade em social, e criminal, ou seja, a periculosidade ‘sem delito’

1.3 O Brasil e a modernidade tardia

O Brasil passou por mudanças comparáveis às apontadas por Garland, nos deparamos com os mesmos desafios e sofremos da mesma obsessão por segurança, ainda que com especificidades outras.

Uma observação a ser feita é que no Brasil jamais houve um Estado de Bem Estar Social, ou um *Penal Welfarism* a ser convertido em Estado punitivo. O que se viu aqui, a partir dos anos 70, com a abertura política e a redemocratização, é um pequeno avanço, proporcionado pela reforma da parte geral do Código Penal, no sentido da instituição de penas alternativas e de um sistema mais flexível de progressão de regime que, tal como a legislação penal dirigida a crianças e adolescentes, é objeto de duras críticas. Há uma forte adesão a propostas de reformas que resultem em aumento de penas, expansão do regime fechado, ampliação do rol dos crimes hediondos, redução da minoridade penal e outras medidas conformes às políticas de controle adotadas nos Estados Unidos e Inglaterra.

Por outro lado, as mudanças estruturais sócio-econômicas e culturais a que Garland (2001) se refere, anteriores e subjacentes ao advento das políticas de controle são da mesma forma verificadas no Brasil, porém, acrescidas de características específicas que agravam o quadro de insegurança, inclusive aquelas deixadas por um longo período de ditadura militar e das decorrentes instabilidades da transição democrática, como a inflação e a desorganização da economia. Verifica-se, neste contexto adverso, uma importante modificação nos valores humanistas da classe média e a retirada do seu suporte intelectual e técnico a políticas mais progressivas, no justo momento que deixa de ser espectadora e passa a compor a cena do crime, no qual se vê fortemente ameaçada pelas mudanças destes tempos.

Neste sentido pode ser apontada a lógica perversa da economia de mercado num contexto de redução e de especialização do mercado de trabalho e de altas taxas de desemprego, seja em face de um consumismo desenfreado,

e a 'após delito' (*post delictum*). A periculosidade social, assim, é a que se evidencia ou existe antes do crime, em virtude da condição de perigosa revelada pela pessoa [...] A periculosidade criminal é a que se evidencia ou resulta da prática do crime, e se funda no perigo de reincidência[...]” (SILVA, 2007, p. 1030). Almeida Júnior (1954, p. 221) ensina que “Perigoso é todo aquele que virá a delinquir (se ainda não o fez), ou provavelmente reincidirá (se já inaugurado no crime)”.

que atinge também a classe pobre, que passa a desejar bens de consumo a serem obtidos ainda que pelo crime; seja face à desordem urbana, à disseminação do consumo de drogas e suas conseqüências alarmantes, enfim, frente ao crescente aumento das taxas de criminalidade, insistentemente alardeado pela mídia. Somos também hoje uma sociedade heterogênea, que oferece margem de autonomia individual em relação à escolha de estilos de vida, em relação ao que ser e fazer, sujeitos aos limites impostos pelo risco aos nossos desejos de continuar a viver.

Assim, o aumento das taxas de criminalidade no Brasil poderia ser considerado como decorrente das mesmas causas que nos países estudados por Garland, ou seja, um evento próprio da modernidade tardia. De todo modo, a adoção entre nós de políticas de combate ao crime semelhantes àquelas que vêm sendo adotadas no hemisfério norte, e a constituição de um estado de controle social pleno, ambos dependentes de condições específicas, não estão satisfatoriamente demonstrados, da mesma forma que a implantação entre nós de um governo através do crime, que venha a justificar medidas de intolerância e controle e inspirar tecnologias e discursos institucionais consoantes a uma governamentalidade proposta.

Não pretendendo averiguar a existência entre nós de políticas de controle pleno, nem de governamentalidade através do crime, consideramos que pesquisar o tema do indivíduo perigoso, o modo e os critérios da sua identificação, é parte do trabalho necessário para fazê-lo.

2 INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA E INSTITUIÇÃO PENAL: ARTICULAÇÕES BIOPOLÍTICAS

2.1 O advento da noção de indivíduo perigoso e a constituição do saber psiquiátrico enquanto sistema de referência para o direito penal

Em *Os anormais*, Michel Foucault (2002) argumenta que até o final do séc. XVIII a questão da loucura não trazia maiores questionamentos para o direito penal. Tomando por referência o direito civil e o direito canônico, ele se limitava a considerar as hipóteses de demência e imbecilidade que, facilmente verificáveis por sinais externos, dispensavam confirmação médica.

A loucura só passa a ser considerada por outro viés no começo do séc. XIX, em face da ocorrência de crimes violentos considerados antinaturais porque praticados na esfera doméstica, envolvendo pais e filhos, crianças e adultos, e praticados por indivíduos absolutamente sem sinais visíveis de loucura. Por serem crimes cuja inteligibilidade e motivação não eram evidentes, estes eventos constituem um problema para a sociedade de então. Em moldes disciplinares e pressupondo a ‘racionalidade’ das ações humanas, a punição deveria ser tão exata quanto necessário para que o crime não se repetisse, bem como um mecanismo capaz de modificar o indivíduo a partir do conhecimento e da racionalização da sua motivação para o crime, do seu interesse. Estando ele com a capacidade de entendimento e volição comprometida, deveria receber tratamento médico adequado; sendo capaz de compreender e determinar-se, cumpriria pena individualizada, calculada de acordo com a especificidade e motivação da ação criminosa. Assim, sendo a razão do crime a unidade de medida da punição, a razão de punir, como punir o crime sem razão?

Diante desse constrangimento o sistema penal se curva à necessidade de referência teórica outra, exatamente no momento em a psiquiatria, então braço da higiene pública, que recolhia em asilos os “dejetos sociais” - loucos, desocupados, prostitutas -, buscava impor sua especificidade e saber especializado no âmbito da medicina. A referência teórica que concilia interesses tão diversos é dada pela psiquiatria na forma de uma patologia, a monomania, uma espécie de loucura que se manifesta exclusivamente em

crime, permanecendo o indivíduo saudável em todos os demais pontos⁸. Com o tempo, a noção foi desdobrada em monomania instintiva, na qual a razão estaria comprometida por uma desordem repentina e fugaz da compreensão e da vontade; e monomania raciocinante, ou loucura moral, caracterizada pela manutenção de todas as faculdades intelectivas, mas com privação da emoção e do afeto.

A noção de monomania é essencial para o desenvolvimento da psiquiatria e para a sua relação com a justiça penal. É especialmente relevante o fato de que ela permite pensar que a loucura não exige o rompimento total com a razão e, ao contrário do que se pensava, pode não ser evidente, estando oculta aos olhos leigos e visível apenas para o olhar médico.

A monomania possibilitou a articulação, até hoje mantida, de duas afirmações: uma, que a loucura é doença; outra, que a loucura é perigosa.

A afirmação de que a loucura é doença leva à patologização das suas manifestações, a uma vasta descrição de sua sintomatologia, à normalização da conduta médica aplicável a ela, à adoção de exames e ao estabelecimento de prognósticos, vinculando a prática da higiene pública ao saber médico. Por outro, a articulação entre loucura e perigo, algo temível contra o qual se deve opor prevenção e defesa, deu ao saber psiquiátrico e às suas possibilidades preventivas e terapêuticas não só a função e o poder de defesa social, mas um lugar diferenciado dentro da medicina e ao lado da justiça penal.

É importante compreender que a ideia de indivíduo perigoso, ou de periculosidade, funcionou como um recurso valioso para fazer frente à insegurança jurídica determinada pela monomania, especialmente a monomania raciocinante, já que essa forma de loucura escapava da cura psiquiátrica em face da ineficácia de um tratamento médico de fundo moral dado àquele que estava incapacitado justamente para essa dimensão da vida humana. Não podendo ser internado, porque o tratamento, fundamento da internação psiquiátrica, não o atingia, o louco moral também não podia ser preso por razões técnicas, já que como louco não tinha livre arbítrio, fundamento da pena. O argumento da necessidade de defesa social resolve a questão e se torna o fundamento da arguição de periculosidade.

⁸ A noção primeira de monomania homicida é a atribuída a Esquirol (França, 1772-1840), conforme Carrara (1998).

Construída nesses termos, a periculosidade foi adotada pela instituição penal, que inseriu em seus códigos a relação doença mental-perigo, cristalizada na presunção de periculosidade do criminoso doente mental. Porém, por força do caráter sintomático do crime dado pela monomania – loucura é doença que se manifesta em crime -, a periculosidade acabou por ser estendida ao criminoso em geral e ao indivíduo que não cometeu crime algum, já que pensada enquanto virtualidade, algo preexistente ao crime, que deve ser abordado não só em termos jurídicos, mas em termos médicos, biológicos, psicobiológicos, numa tentativa de prever comportamentos e gerir riscos futuros.

No final do séc. XIX a monomania já havia perdido força, dando lugar à noção de degeneração de Morel, sem comprometer, ao contrário, reforçando a noção de periculosidade. Compreendida, na medicina geral, como uma modificação que implica em diminuição de funcionalidade, a noção de degeneração foi usada por Morel no campo psiquiátrico para designar a inevitável e progressiva decadência do homem real em relação ao homem ideal, objeto da criação divina e detentor de perfeição moral semelhante à do seu criador. Assim, o degenerado constitui uma antecipação da decadência à qual a espécie humana está fatalmente destinada. De cunho patológico, a degeneração admite o postulado da hereditariedade dos caracteres adquiridos, e estaria na base da ideia mesma de doença mental, ainda que para admitir que, mesmo que não degenerativa e curável, uma determinada patologia mental poderia levar à degeneração os doentes e/ou seus descendentes, sendo a prática de crime um sinal claro de degeneração (CARRARA, 1998).

Ainda hoje, como revelam os laudos psiquiátricos que veremos adiante, o psiquiatra esquadrinha a vida do examinado, seu desenvolvimento psicomotor, seus hábitos; os vícios e desregramentos, as carências sócio-econômicas e afetivas, as doenças físicas e mentais, seus e de seus familiares, em busca de sinais indicadores de degeneração.

Outros desdobramentos e nuances destas duas noções são verificados ao longo do tempo, mas o importante aqui é compreender que, seja pela via da monomania, seja pela da degeneração, a periculosidade sustenta a parceria entre instituição penal e instituição psiquiátrica, levando para os tribunais os exames de sanidade mental, de dependência toxicológica e de verificação de

periculosidade, todos a cargo do psiquiatra forense, detentor do poder de emitir pareceres na sua área de domínio e de produzir uma verdade, validada por seus próprios pares e inquestionável pelos indivíduos leigos, amparada no que Giddens (1991) chama de sistemas de confiança ou sistemas abstratos, aos quais a natureza das instituições modernas está profundamente ligada.

Auxiliar da justiça⁹ e entidade neutra por definição, do perito psiquiatra forense se exige conhecimento técnico, conhecimento jurídico e imparcialidade, esta última de definição e sustentação problemáticas em face dos compromissos firmados entre as duas instituições, já que a relação médico-paciente construída na clínica não é a que se estabelece na perícia forense, especialmente no que diz respeito ao sigilo médico, inexistente neste caso, em que todas as informações prestadas pelo periciado, seus sentimentos e suas emoções revelados em entrevista com o psiquiatra, serão convertidas em registro escrito da avaliação, a qual será encaminhada ao juiz, nele constando tudo o que for de interesse médico-legal.

Poderes especializados que se estendem para além do indivíduo até a sociedade ampla, a psiquiatria forense e a justiça penal acabam por articularem-se naquilo que Foucault nomeou como biopolítica da espécie humana, buscando identificar desvios, encontrar motivos ocultos e determinantes da conduta presente e futura do indivíduo.

2.2 Outra presunção da periculosidade no pensamento jurídico-penal brasileiro: a de determinados segmentos sociais

Perpassando as noções médicas mencionadas e diante das condições de marginalização de determinados segmentos sociais, desenvolveram-se no Brasil teorias fundadas na ideia de que as camadas sociais mais pobres da população das grandes cidades são mais propensas ao crime e, portanto, mais perigosas, devendo ser objeto de maior controle.

Eunice Ribeiro Durhan (1978) ensina que do processo de modernização e industrialização verificado no Brasil do pós Segunda Guerra Mundial dois

⁹ O art. 139 do Código de Processo Civil brasileiro nomeia o perito como auxiliar do juízo, ao lado do escrivão, do oficial de justiça, do depositário e do administrador de bens *sub judice* e do intérprete judicial (BRASIL, 2010).

aspectos se destacam: o incremento das desigualdades regionais e a constituição das metrópoles, implicando, ambos, na formação de grandes correntes migratórias internas e na redistribuição da população, dando nova configuração às cidades de maior porte, que sofreram o impacto do recebimento maciço de grandes contingentes de população rural, em busca de trabalho nas indústrias em expansão e melhores condições de vida.

Mello e Novais (1998) informam que nos anos 50, cerca de 08 milhões de pessoas, ou 24% da população rural brasileira, migram para as cidades, e nos anos 60, mais 14 milhões de pessoas, ou 36% daquela população fazem o mesmo. Segundo Rolim (2006) a taxa de crescimento urbano na década de 1950 chegou a 6,31% ao ano, com grande concentração em centros urbanos como Rio de Janeiro e São Paulo. Instalando-se em áreas marginalizadas, sem qualificação profissional e documentos necessários, essa população acabou por se marginalizar também no processo produtivo, se empregando informalmente, sem nenhuma proteção legal. A ela se somavam os negros, que desde a Abolição já se achavam abandonados à própria sorte, ocupando-se nos trabalhos mais pesados e vivendo em condições precárias e os imigrantes, que segundo Fausto (1988) sofreram preconceitos e marginalização de ordens diversas.

Excluídos do processo de modernização do país e não compartilhando do entusiasmo com o período que contagiava as elites beneficiadas, supunha-se a cerca desses grupos marginais, inadaptados à nova ordem social, que eram marcados por desorganização familiar e perturbações emocionais, o que os levaria a comportamentos antissociais e antijurídicos, em forte ameaça à ordem constituída. O surgimento e a expansão desses grupos nos centros urbanos deveria ser objeto de receio por parte do poder judiciário e do restante da sociedade, o que fomenta a construção da presunção de outro tipo de periculosidade, dirigida a esses grupos marginais. Também amparada no argumento de defesa social e alternativa àquela de aspecto médico, lhe é, porém, complementar e muitas vezes, como veremos, com ela se confunde.

2.3 A relação entre justiça penal e psiquiatria forense no Brasil

Tratando da medicina social e da constituição da psiquiatria no Brasil, Machado et al (1978) ensinam que a psiquiatria chega até nós seguindo o padrão de sua constituição na Europa, ou seja, em meio ao processo de transformação política e econômica de amplo alcance havido no séc. XIX, e por via da medicina social, caracterizada pela incorporação do meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, bem como pelo seu apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado. Machado et al (1978) afirmam que

só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações. É no seio da medicina social que se constitui a psiquiatria (p. 376).

É, portanto, do processo de “medicalização da sociedade” elaborado e desenvolvido pela “medicina política” que advém o projeto psiquiátrico de patologização do comportamento do louco, tido como anormal e perigoso para a ordem e para a segurança públicas (MACHADO et al, 1978, p. 376). O nexos estabelecido entre doença mental e perigo resulta na duradoura relação da psiquiatria com a justiça penal, sustentada justamente na periculosidade.

Em seus *Apontamentos históricos sobre a psiquiatria forense no Brasil* (2004), o psiquiatra e professor Walmor Piccinini chama a atenção para o franco desenvolvimento da psiquiatria forense no Brasil com a criação, em 1921, do primeiro manicômio judiciário brasileiro, no Rio de Janeiro, seguido da inauguração de outros estabelecimentos do gênero e da relevante produção de trabalhos na área, encontrando-se catalogados 322 trabalhos até o ano de 1961. Porém, verifica-se um acentuado declínio da atividade científica da psiquiatria forense no período compreendido entre 1962 e 1994 no qual, “o melhor indicador desse fenômeno é o reduzido número de trabalhos publicados por autores brasileiros. Conseguiu-se reunir 84 textos, na maioria laudos periciais” (PICCININI, 2004, p. 37).

Já a partir de 1995, o autor observa um renascimento da atividade entre nós, atribuído principalmente aos movimentos, fora do Brasil, da

antipsiquiatria, seguido dos novos métodos de estudos da mente e do fortalecimento do Poder Judiciário brasileiro face ao novo regime constitucional, o que levou a uma maior integração entre profissionais do direito e psiquiatras forenses (PICCININI, 2004, p. 38). A criação, no âmbito da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), do Departamento de Ética e Psiquiatria Legal (DEPL), em 1995, do título de Especialista em Psiquiatria Forense, em 1998, e a participação marcante do DEPL nos congressos brasileiros são apontados como estímulos para o resgate da importância da matéria, resultando em maciça produção científica (PICCININI, 2004, p. 41).

É interessante verificar que o declínio mencionado seja observado exatamente no período da ditadura militar no Brasil, quando o poder judiciário e seus colaboradores e parceiros encontravam-se enfraquecidos com todos os limites por ela colocados. E que o seu renascimento seja possibilitado pela redemocratização do país, ocasião em que ingressamos de fato na modernidade tardia de que trata Garland (2001).

Uma estreita ligação verificada no Brasil de hoje entre justiça criminal e psiquiatria nos remete àquele movimento circular entre discursos institucionais mencionado por Jonathan Simon (2007), podendo ser verificado o alto grau de comprometimento entre elas pelo conhecimento de alguns conceitos e dispositivos da legislação penal brasileira.

O Código Penal Brasileiro considera isento de pena, ou “inimputável”¹⁰, o indivíduo que, ao cometer um delito - crime ou contravenção penal - era, ao tempo da ação ou da omissão, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, ou por perturbação da saúde mental, incapaz de entender o caráter ilícito do fato criminoso ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

A lei penal admite graus de incapacidade, podendo ser ela total ou parcial, o que resulta em graduação também da punição. Entendida a imputabilidade como a possibilidade de o indivíduo ser responsabilizado judicialmente pelo delito cometido, o Brasil adota o chamado critério “biopsicológico” para a sua avaliação, no qual a responsabilidade só é excluída se houver relação de causalidade entre o transtorno mental

¹⁰ No Brasil, é também inimputável o indivíduo menor de 18 anos.

verificado e o fato indigitado, com comprometimento da capacidade de cognição e/ou volição, configurando o inimputável.

Esse inimputável é o que Foucault (2002) vai chamar de *anormal*, o indivíduo a ser corrigido pela psiquiatria e pelo sistema penal, ganhando uma dimensão de *stigma* que, segundo Goffman (1988) é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena. Para estes indivíduos, impossibilitados de serem responsabilizados, por ausência de cognição e/ou de volição averiguada e apontada pela psiquiatria forense, em suporte às decisões judiciais penais, está reservada na nossa legislação, em lugar de pena, a chamada medida de segurança, à qual é atribuído caráter preventivo e assistencial, resultando na exclusão do indivíduo do meio social através do seu internamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) por tempo indeterminado ou, na melhor das hipóteses, na sujeição do mesmo a tratamento ambulatorial compulsório, também sem definição de termo final.

Considerando o histórico nexos estabelecido entre doença/perturbação mental e periculosidade, adotado no Brasil e mais adiante abordado, resulta que toda avaliação psiquiátrica de capacidade de cognição e/ou volição feita em um processo criminal é uma avaliação de periculosidade ou de risco, em suporte às decisões judiciais penais de condenação a pena ou aplicação de medida de segurança, cuja regulamentação, encontrada no Código Penal Brasileiro vigente, é feita nos termos abaixo transcritos, com grifos nossos:

Art. 89. Duas espécies de medida de segurança consagra o Projeto: a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, fixando-se o prazo mínimo de internação entre 1 (um) e 3 (três) anos. Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida enquanto não for verificada a cessação da periculosidade por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se anualmente.

Art. 90. O Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita.

Art. 92. A sujeição a tratamento ambulatorial será também determinada pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, devendo perdurar enquanto não verificada a cessação da periculosidade.

Art. 93. O agente poderá ser transferido em qualquer fase do regime de tratamento ambulatorial para o detentivo,

consistente em internação hospitalar de custódia e tratamento psiquiátrico, se a conduta revelar a necessidade da providência para fins curativos.

Art. 94. A liberação do tratamento ambulatorial, a desinternação e a reinternação constituem hipóteses previstas nos casos em que a verificação da cura ou a persistência da periculosidade as aconselhem (BRASIL, 2010).

Assim colocadas, a saúde mental do criminoso e a periculosidade correlata - apresentada como algo a ser tratado e curado- são determinantes da aplicação da medida de segurança que, nos moldes dados pela lei, é outra forma de punir, de controlar, talvez mais dura e perversa, uma vez que pode ser mantida indefinidamente, ao contrário da pena, que tem seu termo final previamente dado.

Frente ao perigo representado pelo criminoso, argumenta Foucault, três tipos de reação social eram levados a termo no séc. XIX: eliminação definitiva, com a pena de morte ou internamento em instituição psiquiátrica (nossa medida de segurança detentiva e internação em hospital de custódia?); eliminação provisória, através de tratamento (nossa medida de segurança restritiva e tratamento ambulatorial?); e eliminação parcial ou relativa, com a esterilização ou castração. Nem tão inovador, portanto, o nosso “novo” código penal.

Os estudos mencionados permitem pensar no que seja hoje a tarefa da psiquiatria forense no Brasil, no que constitui e como se mantém a noção de periculosidade.

2.4 A avaliação de periculosidade no Brasil como avaliação de risco e os instrumentos da biopolítica contemporânea

A literatura psiquiátrica forense não deixa dúvidas quanto à conversão do conceito de periculosidade no de risco de violência, e os seus manuais apontam a adoção do termo ‘transtorno mental e de comportamento’, de acordo com os sistemas de diagnósticos DSM-IV CID 10¹¹, em substituição aos termos legais “doença mental”, “perturbação da saúde mental”,

¹¹ DSM-IV e CID 10 são dois grandes sistemas de diagnósticos, o primeiro proposto pela *American Psychiatric Association (APA)*, denominado *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, em sua 4ª edição, de 1994, é específico para diagnósticos de transtornos mentais e não é adotado no Brasil; o segundo, patrocinado pela Organização Mundial de Saúde, é o Código Internacional de Doenças, em sua 10ª edição, de 1998, adotou alguns critérios da APA, compôs e atualizou a Classificação de transtornos mentais e de comportamento, critério este adotado no Brasil.

“desenvolvimento mental retardado” e “desenvolvimento mental incompleto”, justificada pela sua finalidade ordenatória, ou seja, a criação de critérios psiquiátricos objetivos e amplos, que atendam não apenas à pesquisa médica e clínica, mas também à atividade forense da psiquiatria (TABORDA et al, 2004).

Isto permite trazer para o contexto elementos outros, ambientais, sociais e situacionais e é especialmente importante no Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, quando o psiquiatra forense, havendo que se manifestar em termos de sim ou não, na verdade avalia graus de risco, pequeno, médio ou grande, enfraquecendo, ao que parece, a pretendida objetividade do sistema de diagnóstico adotado.

O conceito de risco é mais amplo que o de perigo e vem sendo largamente usado em todas as áreas que afetam o ser humano, diretamente relacionado com previsão, acidente e tentativa de trazer para o presente um acontecimento futuro indesejável, uma virtualidade a ser calculada e gerida. Seguindo o raciocínio de Vaz (2004), o risco trabalha com a possibilidade de um conhecimento parcial do futuro, com a estimativa das chances que um determinado evento tem de acontecer; sem esta estimativa, estamos numa situação de incerteza, mas não de risco. Por outro lado, quando se fala em risco, se fala também em esforço de evitar o indesejável: “o futuro parcialmente conhecido é também transformável.” (VAZ, 2004, p. 37).

Verificamos diferenças entre a construção da norma e a do risco: a construção da norma parte de uma população heterogênea e trabalha com dados com a finalidade de construir a polaridade entre uma imensa maioria homogênea e seu desvio; a construção do risco, partindo também de uma população heterogênea, busca nela encontrar vários subgrupos homogêneos (VAZ, 2004). Assim, ninguém está fora de um grupo de risco, existindo grupos com diferentes níveis de risco.

Distinções importantes devem ser feitas, também, entre perigo e risco:

1. perigo é um mal contingente, identificado e atribuído a alguma coisa, pessoa ou situação como uma característica intrínseca delas; risco refere-se à possibilidade de dano e mede a exposição ao perigo, risco é a medida da probabilidade do potencial de perigo. Assim, risco

é o que qualifica fatores suprapessoais - genes, história individual, hábitos de vida- cuja presença pode acrescer a probabilidade de dano que um indivíduo pode sofrer ou provocar se ele está, respectivamente, em risco ou coloca os outros em risco (VAZ, 2004, p. 38);

2. um risco, ao contrário de um perigo, não pode ser afastado imediatamente nem de uma vez por todas; fatores de riscos podem ser minorados ou majorados, o que implica em cuidado de si e atenção permanentes; assim, evitar um evento futuro indesejável legitima decisões individuais e coletivas que, em certos casos, torna-se um dever;
3. o perigo se converte em risco “quando se avalia a probabilidade de um evento adverso e se estima a magnitude de seus efeitos. Não existe, portanto, risco sem o nosso conhecimento” (VAZ, 2004, p. 38).

Se o risco depende do nosso conhecimento, ele não existe antes de ser descoberto, de ser convencionado como tal, o que pressupõe uma construção social, uma seleção, que dependem de percepção, juízo e medida; assim sendo, culturas diferentes podem admitir diferentes fatores de risco e adotar diferentes modos de administrá-los.

Inicialmente explorado no contexto político pelos movimentos ecológicos, embasando reivindicações políticas que evitassem catástrofes ambientais, os cálculos de risco acabaram por atingir outras esferas da vida humana.

Hoje toda uma gama de especialistas trabalha com o conceito de risco para prescrever práticas alimentares, esportivas e de lazer, de prevenção de doenças, de educação de crianças e adolescentes, de combate ao estresse, enfim, práticas diversas no sentido de garantir uma vida saudável, longa e feliz. A par disto, são prescritas práticas sociais e de orientação a disciplinas teóricas, tais como ecologia, saúde, mercado financeiro e de seguros, justiça civil e criminal. O conhecimento científico é determinante dos juízos, percepções e medidas no mundo contemporâneo; através dele as pessoas organizam suas vidas, fazem suas escolhas, estabelecem suas rotinas, sendo que tal conhecimento chega facilmente a elas através das variadas mídias, o que resulta num conhecimento reflexivo, que supera a tradição e a força do hábito. Biopolítica, portanto, biopoder.

Nikolas Rose (2001), à luz de Foucault, chama a atenção para a emergência das biopolíticas contemporâneas e o seu impacto sobre a criminologia e as estratégias de controle social. Os avanços tecnológicos das biociências em geral têm definido o indivíduo cada vez mais em termos somáticos e de corporalidade, donde novas e específicas relações entre biologia e comportamento humanos são estabelecidas, possibilitando novas abordagens acerca da violência e da conduta antissocial. Neste contexto emergem a concepção do “indivíduo geneticamente de risco para o crime” e estratégias de controle do criminoso pensadas em termos de saúde pública - distanciadas dos termos eugênicos do início do século XX, mas semelhantes à higiene pública dos séculos XVIII e XIX -, cujo objetivo é identificar, tratar e controlar indivíduos predispostos à impulsividade ou à conduta agressiva, visando priorizar a proteção de uma parte da população contra os riscos a que estão expostos sua segurança e bem-estar pelo comportamento de outra, o que vem fortalecendo e legitimando práticas de endurecimento em relação ao crime, impondo constrangimentos morais e autorizando a desconsideração de regras éticas que garantem a conduta livre numa sociedade liberal.

Adverte o autor que

em uma cultura ‘biologizada’, não somente as doenças dos seres humanos, mas também suas personalidades, suas capacidades, paixões, as forças que os mobilizam, suas identidades, parecem explicáveis, potencialmente ao menos, em termos biológicos (ROSE, 2001, p. 7).

Sendo o crime um lugar privilegiado para tal prática, emerge daí uma nova criminologia biológica, focada não no crime, mas na violência, na agressividade, nos comportamentos antissociais, passíveis de serem detectados através de exames específicos dos campos genético, cerebral, neural, enfim, biológico e humano, a cargo, prioritariamente, da psiquiatria forense.

Nelkin e Tancredi (1989) nos falam vastamente de tais exames e da crescente expectativa de diagnósticos preditivos dos mesmos, não só em relação a problemas físicos, mas também de transtornos mentais e de comportamento. Assim, recursos tecnológicos como Eletroencefalograma Computadorizado (CEEG), Ressonância Magnética por Imagem (MRI), e

Tomografia por Emissão de Fóton (PET), podem fornecer imagens detalhadas do cérebro e detectar anormalidades funcionais e estruturais que permitem diagnosticar condições neurológicas e comportamentais futuras, antes mesmo da manifestação de qualquer sintoma. De outro lado, os avanços da genética nos trazem o mapeamento e a leitura do DNA, detentor da herança biológica e indicador da predisposição para doenças e transtornos mentais, tais como, hiperatividade, alcoolismo e adições várias, tudo reduzido a termos biológicos.

Muitos destes exames, criados prioritariamente para o uso no contexto clínico, foram rapidamente incorporados por companhias de seguro, escolas, locais de trabalho e tribunais, alimentando as expectativas de implementação de ações preventivas ou de procedimentos terapêuticos. Os autores, escrevendo na década de 1980, alertaram para o fato de que, inicialmente “disponíveis para predizerem desordens comuns com um componente genético, espera-se que eles sejam rotineiramente incorporados na medicina e na prática psiquiátrica” (NELKIN; TANCREDI, 1989, p. 8).

2.5 Os recursos da biotecnologia nos tribunais

No Brasil, um exame psiquiátrico forense padrão, conforme esclarece a literatura especializada, deve compor-se de entrevista com o examinando e com terceiros; exame físico, com ênfase nas avaliações neurológicas, endocrinológicas e cardiológicas; exames complementares, item que abrange a rotina laboratorial, exames funcionais e de imagem, além de testes neuropsicológicos.

O nível de sofisticação e o poder de predição de tais exames anunciam-se como cada vez maiores, sendo os bioquímicos capazes de detectar o uso de substâncias tóxicas e psicoativas; os de neuroimagem, revelar lesões morfológicas cerebrais aptas a determinar a conduta sexual e dos impulsos; um eletroencefalograma, quando com resultado anormal, “é bastante comum em pessoas com comportamento explosivo e instável, embora não configurem de todo um quadro de epilepsia.” (LAKS; ENGELHARDT, 2004, p. 70).

Tais exames são reconhecidos pela psiquiatria forense como

avanços experimentados pela neuro-psiquiatria [que] trarão importantes contribuições para o desenvolvimento da lei e para o desenlace de casos em que o exame de capacidade de entendimento e de autodeterminação se faça necessário [...], o psiquiatra forense deverá cada vez mais ter treinamento em neuropsiquiatria e se preparar para falar na ‘linguagem do cérebro’ mais que na “linguagem da mente” (LAKS; ENGELHARDT, 2004, p. 75).

Apreender a linguagem e compreender o sentido da prática da psiquiatria forense é um desafio que se apresenta, vez que sua ‘fala’, se parece às vezes tender para uma percepção do transtorno mental em termos mais amplos ao buscar os

fundamentos biopsicossociais da criminalidade individual [para] melhor [...] entender a complexa articulação de fatores contextuais (extrapsíquicos) e psicopatológicos (intrapíquicos) e a verdadeira responsabilidade de cada um pela conduta delituosa tomada (MORAES; FRIDMAN, 2004, p. 22).

Noutras, coaduna com o discurso da nova criminologia biológica, ao pretender que

talvez seja possível identificar a população propensa a tal comportamento, iniciando um processo preventivo de reparação dos fatores criminogênicos, promovendo o bem-estar e reduzindo a angústia das populações em risco (LAKS; ENGELHARDT, 2004, p. 75).

Uma padronização dos instrumentos e dos procedimentos de avaliação de risco e manejo de violência, internacionalmente reconhecidos, é preconizada como ideal e sugerida sua plena adoção no Brasil (ABDALLA FILHO, 2004) para aumentar a eficácia do Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade-EVCP¹², condicionante da suspensão da Medida de Segurança; do Exame de Cessação de Dependência Química-ECPD, uma variante do EVCP, destinada ao indivíduo cuja inimputabilidade é decorrente do quadro de dependência; e do Exame Criminológico-EC, avaliação de risco especialmente interessante vez que se destina, por força do disposto na Lei de

¹² Exame psiquiátrico ao qual é submetido o criminoso condenado a medida de segurança, via do qual se verifica a permanência ou não da periculosidade que justificou sua aplicação.

Execuções Penais, em seu art.5º, aos indivíduos sem transtornos psiquiátricos condenados à pena privativa de liberdade em regime fechado, visando

[...] estabelecer um diagnóstico relativo das causas da delinquência em geral e, no caso particular, o grau inerente ao delinquente para as medidas de defesa social. O diagnóstico é acompanhado de um prognóstico sobre as probabilidades de recuperação, a fim de seleção prioritária de diretrizes de tratamento numa programação científica (COSTA, 1982, p. 78).

Os referidos instrumentos de avaliação são o HCR, o PCL-R e o PCL-VRAG. O HCR-20 é uma avaliação sistemática que inclui considerações sociais e situacionais, constituído de 10 itens históricos (H), referentes ao passado do examinando:

- violência prévia;
- primeiro incidente violento em idade jovem;
- instabilidade nos relacionamentos;
- problemas empregatícios;
- problemas com uso de drogas;
- doença mental maior;
- psicopatia;
- transtorno da personalidade;
- antecedente de insucesso comportamental sob supervisão.

Seguido de 05 fatores presentes do ponto de vista clínico(C):

- falta de *insight*;
- atitudes negativas;
- sintomas ativos de doença mental maior;
- impulsividade;
- falta de resposta ao tratamento.

Mais 05 fatores futuros, relativos ao gerenciamento de risco(R):

- planos inexecutáveis;
- exposição a fatores desestabilizadores;
- falta de apoio pessoal;
- não-aderência a tentativas de correção;
- estresse.

Ora, a simples presença de maioria de fatores estáticos ou históricos neste instrumento, mesmo sem considerar o grau de subjetividade presentes em diversos dos fatores nas três categorias, revela a lógica tendenciosa de uma avaliação de risco que se pretende cientificamente objetiva; tudo considerado, a periculosidade ou grau de risco do indivíduo que pontua alto o ‘passado’, dificilmente mudará pelo resto de sua vida.

O *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R)¹³ e o *Violence Risk Assessment Guide* (VRAG)¹⁴ são específicos para a avaliação de psicopatias; semelhante entre si, exceto pelo “ponto de corte”, incluem falta de objetivos e de metas realísticas a longo prazo, comportamento sexual precoce, comportamento antissocial na adolescência ou precoce, relacionamento conjugais de curta duração; muita subjetividade e comprometimento com o passado na constatação de uma patologia que pode levar à exclusão permanente.

Conforme posto pelo texto legal, um resultado desfavorável no Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, por exemplo, pode converter a medida de segurança detentiva em prisão perpétua, permitindo a exclusão definitiva do indivíduo, enquanto que na medida de segurança restritiva, se não determina a exclusão radical, vincula o indivíduo indefinidamente ao psiquiatra, impondo-lhe tratamento permanente. Pensada em termos de controle social, a medida de segurança pode ser mais eficiente que a pena.

Tendo em mente a hipótese de um contexto de controle social rígido e considerando a possibilidade da implantação no Brasil de uma governamentalidade através do crime intentamos analisar o discurso psiquiátrico, pensando-o no seu funcionamento enquanto instância de controle historicamente vinculada à justiça penal e nas chances da sua adequação a uma governamentalidade proposta. Por outro lado, sendo a periculosidade a noção que viabiliza as relações havidas entre justiça penal e psiquiatria, tencionamos saber quem é o indivíduo perigoso hoje do ponto de vista da psiquiatria forense.

¹³ PCL-R *Psychopathy Checklist Revised*, escala criada por Robert Hare, em 1991, para servir como instrumento de pesquisa de psicopatia.

¹⁴ VRAG *Violence Risk Assessment Guide*, versão resumida do PCL-R, criada em 1997 por Haris e Rice, demanda menor tempo de aplicação e é usada para exame prévio de triagem.

Buscamos atingir os objetivos propostos através do estudo de laudos psiquiátricos produzidos para a justiça penal, como exploramos no capítulo seguinte.

3 OS LAUDOS PSIQUIÁTRICOS – CONTEÚDO, DISCURSO E IMPLICAÇÕES

3.1 Perfil dos periciados

Ainda que não autorizando fazer inferências, já que não se pretendeu realizar uma análise quantitativa, um levantamento preliminar e geral sobre sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e local de residência dos periciados se fez necessário, tanto para instrumentalização da análise dos achados subseqüentes, quanto para situar o leitor no conjunto do material pesquisado.

3.1.1 O sexo

Nos 77 laudos pesquisados encontramos apenas uma mulher entre os periciados, sendo também o único caso no acervo de 121 laudos do qual extraímos a amostragem.

3.1.2 A idade

Considerando os periciados por idade à época do exame, observamos a frequência de indivíduos na faixa etária de 18 a 29 anos de idade na ordem de 59,7%, em maioria absoluta. Na faixa etária de 30 a 39 anos, a frequência cai para 33,8%, seguida do percentual de 6,5% de indivíduos contando 40 anos ou mais.

3.1.3 O estado civil

A declaração do estado civil compõe o laudo, embora sem confirmação documental. Encontramos entre os periciados o percentual de 77,9% de solteiros, também em maioria absoluta, seguidos de 13% que se declararam amasiados. Os casados atingiram o percentual de 6,5%, e os separados somaram 2,6%.

3.1.4 A escolaridade

Entre os periciados, 41,5% não completaram o ensino fundamental. Apenas 11,7% declararam ter o ensino médio, contra 14,28% que pararam os estudos entre 5ª e 7ª séries. Nenhum chegou a cursar o ensino superior, completando-o ou não. Em 13% dos laudos não há informação quanto à escolaridade.

3.1.5 Profissão

Os que declararam não ter profissão atingem 32,5% dos periciados. Declararam profissão de pintor, servente e servente de pedreiro a soma de 24,4%, em percentuais idênticos. Auxiliares de mecânica perfazem 6,5% das profissões encontradas, seguidas de agricultor, padeiro e garçom, com 3,9% de cada uma. As demais profissões encontradas foram: aposentado, auxiliar de eletricitista, balconista, biscateiro, catador de papel, corretor de imóveis, eletricitista, estocador, estudante, faxineira, gesseiro, marceneiro, mecânico, motorista, pedreiro, porteiro, soldador, vendedor autônomo de automóveis, vigilante, com menos de 2% cada uma.

3.1.6 A residência

O bairro São Pedro, na zona oeste da cidade, apresentou, proporcionalmente, o maior número de periciados, equivalente a 11,7% do total.

Os bairros Bandeirantes, na zona nordeste, e São Benedito e São Bernardo, na zona leste, aparecem com 6,5% cada um; Teixeira, na zona sul, aparece com 5,2%; Grama, na zona nordeste; Parque Burnier e Santa Cruz, na zona norte, e São Mateus, zona central, aparecem com 3,9% cada um. Os demais bairros indicados foram: Vila Ideal, Parque das Torres, Santa Luzia, Centro, Santa Efigênia, Jardim Natal, Solidariedade, Igrejinha, Nossa Senhora das Graças, Fábrica, Dom Bosco, Marumbi, Vale Verde, São Judas Tadeu, Vitorino Braga, Jardim Casablanca, Vila Alpina, Grajaú, Bairu. Três periciados declararam residir em outra cidade. Os sete laudos de verificação

de cessação de periculosidade pesquisados não informam o local de residência dos periciados antes do internamento.

3.2 Considerações prévias

Uma primeira abordagem dos laudos e das condições em que eles foram confeccionados revelou que para a realização de uma perícia psiquiátrica de avaliação da sanidade mental ou de dependência toxicológica do acusado, da qual resulta o laudo examinado, o indivíduo foi submetido a uma internação de 45 dias, no mínimo, seja no Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, seja no Hospital Regional João Penido, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); seja no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, todos eles instituições públicas do Estado de Minas Gerais subordinadas à Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS), por sua Subsecretaria de Administração Prisional (SAP) ou à Secretaria de Estado da Saúde, através da Superintendência de Articulação Institucional e Gestão de Vagas (SAIG).

O exame para verificação de cessação da periculosidade, cujo laudo determinará o fim ou a continuação da medida de segurança, é feito em entrevista única, em dia e hora previamente designados.

O encaminhamento para o Hospital Regional João Penido é excepcional, por falta de vagas no Hospital dos Toxicômanos, daí o número relevantemente menor de laudos oriundos daquela instituição. Para o Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz são encaminhadas apenas mulheres.

Todo o quadro de pessoal dos hospitais é formado por servidores públicos, de carreira, comissionados ou contratados, inclusive os médicos. No conjunto dos laudos examinados identificamos dez psiquiatras, sendo seis do Hospital de Toxicômanos Padre Wilson Vale da Costa, dois do Hospital Regional João Penido e dois do Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz.

Os laudos resultantes de exames de sanidade mental e de dependência toxicológica têm estrutura e conteúdo semelhantes. Não determinados por lei, os temas abordados, a sua disposição e a concatenação dos dados são convencionados de acordo com o saber e o interesse médicos.

Com pouca variação, os laudos são compostos pelos seguintes itens:

1. introdução: traz os dados do processo penal para o qual a perícia é feita, número de processo, vara criminal, comarca e tipo do exame, dentre outras;

2. qualificação do periciando: informa seu nome, documento de identidade, data de nascimento, idade, estado civil, sexo, filiação, naturalidade, nacionalidade e endereço residencial;

3. fatos processuais: em geral, faz-se aí uma transcrição literal da peça de denúncia, peça processual apresentada pelo promotor de justiça e na qual ele argui a conduta criminosa do acusado a partir do que foi apurado pela autoridade policial e pede a instauração da ação penal;

4. versão do examinando: ausente em muitos laudos, é tópico curto que pretende dar voz ao examinando, trazendo o seu relato dos fatos que resultaram na denúncia;

5. história pessoal, familiar e social: apresenta alguns dados da sua trajetória, como experiência escolar e profissional, relações familiares, história das doenças apresentadas e das relações com o uso de drogas e com a prática de crime. Em alguns laudos a história familiar aparece em tópico autônomo;

6. exame do estado mental: aborda aspectos como comportamento, consciência, orientação, memória, atenção, vontade, inteligência, afetividade, pensamento, sensopercepção, asseio corporal, gesticulação, humor, linguagem, juízo e raciocínio, dentre outros eventualmente mencionados;

7. conclusão, considerações psiquiátrico-forenses e metodologia: fornece um diagnóstico e se apresenta como informativo da técnica e da metodologia utilizadas para se chegar a ele, bem como das relações havidas entre comportamento e transtorno mental;

8. respostas aos quesitos: traz às respostas dadas às perguntas previamente formuladas pelo juiz, promotor de justiça e advogado, acerca da saúde mental, capacidade e periculosidade do examinando.

Os laudos provenientes de exame de verificação de cessação de periculosidade são mais compactos, a maioria limitando-se à identificação do examinando, conclusão e considerações psiquiátrico-forenses.

3.2.1 Neutralidade e objetividade comprometidas

Estas primeiras informações já impõem uma questão a ser levantada contra a neutralidade e objetividade supostas, ou seja, o indivíduo que está sendo processado pelo poder público – o Poder Judiciário -, é periciado por um psiquiatra que é agente público, subordinado à autoridade pública – o secretário de estado de defesa social -, nomeado no processo por outra autoridade pública, o juiz de direito. O grau do comprometimento do psiquiatra com o poder e a ordem estabelecidos autoriza questionar seus compromissos com o examinando que tem sob custódia? Indiscutível o cabimento da pergunta.

Acerca disto Taborda é claro ao destacar que, embora obrigado a manter um padrão de objetividade e neutralidade, o fato de estar também obrigado a comunicar seus achados *a quem o contratou* pode levar o perito a introduzir e considerar no exame, ainda que inconsciente ou involuntariamente, viéses que permitam produzir um laudo tal que interesse a quem solicitou ou determinou a avaliação (TABORDA et al, 2004 , p. 109).

De todo modo, havendo o psiquiatra de proceder a uma perícia médica em um indivíduo que está sendo incriminado, e não de tratar um doente, a relação médico-paciente é outra que não a clínica, seu interesse é essencialmente instrumental. O uso sistemático dos termos “*examinando*” e “*periciado*” é expressão inequívoca da qualidade dessa relação, a qual permite, ou melhor, impõe prescindir do sigilo médico. Questões de *agenciamento duplo*¹⁵ feito podem atingir diretamente o psiquiatra forense neste caso, vez que, de acordo com a ética médica, deve ser leal ao paciente portador de sofrimento mental, mas sua vinculação com a instituição a que serve também o obriga com a ordem pública.

O conflito fica evidente a partir da observação de que a diretoria do hospital impõe algumas condições para a internação e eventual custódia do examinando, incluindo a apresentação de “cópia do inquérito policial” que envolve o examinado. Acerca disto, encontramos num laudo decorrente de

¹⁵ *Double agency*. Expressão usada em bioética para definir a situação de uma pessoa que deve lealdade a duas ordens distintas, o que é potencialmente perigoso de gerar dilemas morais se houver conflito entre ambas em determinado momento.

Exame de Sanidade Mental (ESM) e de Dependência Toxicológica (EDT), o seguinte texto, no tópico dos “fatos processuais”:

No dia 24 de julho de 2009, na Rua [...], bairro Benfica, nesta cidade e comarca, o denunciado subtraiu par si ou pra outrem(sic), coisa alheia móvel, pertencente à vítima [...]. Consta dos autos que na data supramencionada, pouco antes das 06 horas o denunciado adentrou na residência da vítima e subtraiu uma bicicleta ‘caloi aluminum’(sic), 18 marchas que estava guardada nos fundos de casa. O fato foi descoberto quando [...] chegou em casa na posse do biciclo e que não lhe pertencia e sua mãe, sabedora de que ele praticava alguns furtos para sustentar o vício das drogas, acionou a Polícia Militar. Os Policiais compareceram atendendo a(sic) solicitação da Sra.[...], mãe do denunciado, que relatou os fatos. Posteriormente, os militares descobriram quem era a vítima, sendo que esta reconheceu como sendo seu o objeto furtado. Isto posto, estando devidamente comprovada a autoria e a materialidade do crime, requer esta Promotoria de Justiça, seja [...], processado regularmente por infração ao artigo 155 do Código Penal (laudo n°. 08437193-2)¹⁶.

Este texto consiste na transcrição literal da “denúncia”, peça processual apresentada pelo promotor de justiça e na qual ele argui a conduta criminosa do acusado a partir do que foi apurado pela autoridade policial e pede a instauração da ação penal. A denúncia, portanto, inaugura o processo criminal, que terá várias outras etapas até que seja proferida uma sentença. Uma destas etapas é justamente aquela em que a perícia psiquiátrica é feita. Ao lado de outras provas eventualmente produzidas, a perícia dá subsídios à decisão do juiz. No momento da realização da perícia, não existem “fatos” processuais; nada foi provado, se tais “fatos” ocorreram ou, pelo menos, se ocorreram da maneira relatada na denúncia. Não há sentença, não há culpado. Argumentamos que a admissão dos mesmos como verdadeiros e válidos para consideração em perícia que visa avaliar o comportamento do acusado é contrária à ideia de isenção e neutralidade.

O mesmo laudo, referindo-se à metodologia adotada, informa o seguinte:

Foram analisados o comportamento do examinando durante a sua permanência nesta instituição, durante as entrevistas

¹⁶ Textos semelhantes integram os demais laudos examinados, exceto os de verificação de cessação de periculosidade.

psiquiátricas e retrospectivamente ao tempo da ação; a sua história clínica, médica e criminal; os documentos processuais presentes; e as observações dos outros membros da equipe multiprofissional desta instituição (Laudo nº. 08437193-2, grifo nosso).

Verificamos que a “denúncia” apresentada pela acusação é o “documento processual” que contém a “história criminal” do examinando utilizada no seu conhecimento imediato, o que pode fazer dele um criminoso aos olhos de seus avaliadores, se não do psiquiatra assistente, de algum outro membro da mencionada equipe multiprofissional, que colabora para o diagnóstico. Diante da informação de que o examinando furtou uma bicicleta para comprar drogas e de que sua mãe afirmou que este é um comportamento recorrente dele, será possível ter um olhar isento do seu comportamento durante a sua internação?

A observação do periciado e os relatórios dela decorrentes sofrem, portanto, influência das informações processuais, tanto nos aspectos subjetivos – a vida do periciado –, quanto nos objetivos – fato descrito na denúncia. O perito se utiliza de dados dos autos processuais para, *a posteriori*, chegar à sua conclusão, deixando clara a contaminação da equipe médica pela denúncia, o que determina desde a forma de abordar o periciado nas entrevistas e noutros momentos de sua permanência sob observação até as conclusões.

3.2.2 Assimetria e distorção comunicativa na relação médico-paciente

A condição mesma da internação do examinando para avaliação e sua longa permanência dentro do ambiente hospitalar, sob constante observação, já revela a assimetria de sua posição em relação aos seus examinadores, considerando que o tipo manicomial a que se equipara o hospital em questão configura-se como uma organização eminentemente orientada no sentido de uma ação social estratégica, em que a relação médico-paciente constitui-se de modo impositivo, em razão exclusivamente do interesse objetivo do primeiro em determinar as atitudes do segundo.

A falta de reciprocidade nas interações formais – dada pelo não reconhecimento da categoria inferior como sujeitos competentes e

pertencentes à mesma condição – transparece no sentido diverso atribuído aos discursos das duas classes elementares nas organizações manicomiais (pacientes/equipe dirigente), como demonstra a diferenciação que Birman et al (1988) fazem entre os discursos do paciente e da equipe técnica:

Com isso se demarca o sentido de cada um destes discursos: o dos pacientes é um discurso de expressão, isto é, seu valor (quando conferido pela instituição) é o de manifestar, seja como sintoma, seja como catarse, a patologia do paciente; seu circuito é desigual, pois não há reciprocidade: uma vez dito não lhe corresponde resposta, permanecendo isolado, no máximo servindo como material de outro discurso, o técnico. Este, por sua vez, consiste numa permanente apropriação da fala do paciente, passando-se numa esfera a que este não tem acesso e se desdobrando segundo códigos (de saber) aos quais o paciente está alheio, exceto em seus efeitos terapêuticos e de controle (p. 82).

Assim, a comunicação, quando existe, passa a ser determinada de forma manipuladora, na qual são utilizados todos os recursos de distorção comunicativa para que se obtenha o consentimento do paciente. As principais distorções acontecem pela utilização estratégica da informação documentada e pelo emprego de uma linguagem técnica. Dessa forma, o uso instrumentalmente orientado da linguagem na forma de discurso técnico não apenas representa um efetivo mecanismo de dominação, mas ratifica a ideia de que estrutura de controle em si constitui um importante fator estrutural de distorção comunicativa.

3.2.3 Discurso técnico x discurso do examinando

Mesmo quando pretende dar voz ao examinando, a apropriação do seu discurso e a utilização do mesmo na construção do discurso técnico é patente nos laudos examinados.

Verificamos que a “versão do examinando”, tópico curto, provavelmente um extrato de um relato circunstanciado maior, vem sem aspas e com recorrente inserção de observações do perito e não do periciado, muitas vezes relacionando diretamente a prática da infração com o uso de drogas, ou relatando fatos outros que não aquele que originou a ação penal.

Curiosamente, encontramos neste tópico apenas uma contestação dos fatos conforme relatados na denúncia. Nos demais, o discurso revelado do examinando faz da sua versão dos fatos nada mais que uma confirmação dos “fatos processuais”. Mais que isto, faz pensar haver ele encontrado no psiquiatra alguém em quem confiar, com quem partilhar sua verdade e seu drama.

Assim, uma das “versões” relata:

Paciente relata que já foi preso por ter sido pego com um “papel de crack”. Tem várias passagens em delegacias por causa das drogas. Cumpria serviços comunitários. Quando usava drogas (cocaína e crack) tirava sua roupa, sofria quedas em casa devido à intoxicação pelas drogas. Atos cometidos devido intoxicação pela cocaína. É acusado de ter tirado o pênis na igreja (laudo n°. 084614141).

Este relato é uma verdadeira confissão de culpa, em que fatos passados na vida do examinando se acham de tal forma concatenados que levam necessariamente ao delito do qual é acusado na denúncia, ou seja, haver tirado o pênis na igreja.

Outra versão informa:

Examinando relata que roubou um cobertor no centro da cidade (Parque Halfeld). Informa que tem “problema de droga”. Cheira cola e usa crack. Faz uso desde os 14 anos de idade; já fez tratamento neste nosocômio para drogadição. Ao exame, observa-se déficit cognitivo e de inteligência. Fala e comportamento puerilizado. Relata que tinha e tem muita dificuldade de aprender. Repetia de ano na escola. Estudou até o 2º ano primário. Tinha muita dificuldade de aprendizado. Não tem profissão (laudo n°. 05216773-4).

Ao lado da confissão de furto de um cobertor, objeto da denúncia, esta “versão” traz várias outras confissões, bem como diversas observações do perito.

3.2.4 Recursos de camuflagem

Nos laudos examinados, a descrição da atitude dos examinandos nas entrevistas com os psiquiatras é feita de tal forma que camufla a assimetria

havida e sugere a existência de um vínculo de confiança entre examinando e perito. Nestas descrições, a utilização de verbos como “*relata*”; “*mostra-se*”; “*apresenta-se*”; “*nega*”; “*afirma*”; “*revela*”; “*evidencia*”, “*informa que*” pressupõe não só a iniciativa do examinando na exposição que faz de si mesmo, mas também a sua colaboração ativa no processo de recolhimento de informações a seu respeito.

3.2.5 O impacto da institucionalização

Goffman (2008) denomina de "mortificação do eu" a contínua mutilação da identidade do indivíduo quando este se depara com a homogeneização subjacente aos mecanismos disciplinares das instituições totais, dentre elas os hospitais psiquiátricos.

Seja pelo fato de o sistema institucional submeter o interno a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis sociais, seja pela transformação do interno em objeto – dada especialmente pela perda das posses relativas à identidade, como o nome e as roupas, a “mortificação do eu” é apontada como o principal problema relacionado à disciplina empregada nas instituições e resulta, segundo o autor, da orientação racional-instrumental que predomina nas instituições totais. Esta orientação é configurada pela ênfase no controle e na eficiência de recursos proporcionada pelo aparato burocrático, que ocorre independentemente do sentido moral que possa vir a ocorrer na relação dos dirigentes com os internos.

Manifestações variadas de desagrado e de reação contra a violação e aniquilamento da individualidade são próprias da disciplina institucional, como também apontado por Goffman (2008), e podem ser adequadas às condições em que se deram, constituindo referência de difícil avaliação para o fim a que se destinam as perícias psiquiátrico-forenses.

Nos laudos examinados, o comportamento dos examinandos durante a internação e nas entrevistas foi avaliado negativamente com as expressões “*ansioso*”; “*inadequado*”; “*difícil contato*”; “*apreensivo e desconfiado*”; “*manifestando sérios distúrbios de conduta e do comportamento*”, sem que nenhuma observação ou ressalva quanto aos efeitos da internação fossem feitas.

Da mesma forma, uma franca adequação àquela disciplina não constitui atestado de saúde mental ou psíquica, conforme afirmado por Rauter (1989). Ao contrário, num certo nível, representaria tal grau de vinculação com a disciplina institucional que a capacidade de viver fora daquelas condições poderia estar prejudicada.

Expressões como “adequado”; “calmo”; “dócil”; “cooperativo”; “contato bom” foram usadas para avaliações positivas do comportamento.

Omitidos quanto à sua negatividade nos laudos examinados, os efeitos da institucionalização, quando mencionados, referem-se sempre à boa influência havida sobre o examinando ou, quando muito, ao mau aproveitamento por ele dos recursos institucionais. É o que observamos nas seguintes falas, presentes nos laudos de verificação de cessação de periculosidade:

- o quadro regrediu muito com o tratamento instituído (Laudo nº. 095568581);
- em decorrência do tratamento recebido no hospital de Toxicômanos deixou o vício desde [...] (Laudo nº. 081283436);
- estando atualmente abstinente em ambiente protegido (Laudo nº. 030566049);
- em decorrência do longo e apurado tratamento recebido encontra-se [...] (Laudo nº. 041414171);
- persiste com atividade delirante-alucinatória apesar dos vários esquemas de tratamento já instituídos (Laudo nº. 082161759);
- seu esquema de tratamento já foi alterado diversas vezes sem se obter resultados significativos (Laudo nº. 073904149);
- ao momento será proposto uso de antipsicótico atípico com perspectiva de melhor controle (Laudo nº. 081283436);
- apesar de receber adequado tratamento, o quadro não deu mostras de arrefecimento (Laudo nº. 0521677342);
- não se sente doente, provavelmente não adira ao tratamento (Laudo nº. 095211728);
- indivíduos sociopatas não se beneficiam de qualquer modalidade de tratamentos (Laudo nº. 084674855);
- seu comportamento é por natureza transgressor e sociopático (Laudo nº. 084674855).

3.2 O exame psiquiátrico-forense: poder médico e verdade

Roberto Machado (1978) esclarece que desde sempre

a psiquiatria apresenta uma tensão entre a exigência de integrar a loucura ao mesmo esquema de racionalidade do pensamento médico e a necessidade de reconhecer sua originalidade com relação às outras doenças, na medida em que suas características não se prestam facilmente a esta assimilação ao mundo patológico (p. 385).

O autor aponta Pinel como o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais. Embora admitindo que a loucura pudesse ser causada por alterações físicas, dava primazia à causalidade moral no caso das doenças mentais. Através de Pinel a psiquiatria ganhou um arcabouço médico-teórico que a justificasse, numa época em ela buscava um substrato teórico coerente para suas ações.

Segundo Birman (1978) essa busca caracterizou-se exatamente pelo intenso debate ocorrido entre duas escolas: a escola somaticista, que defendia uma causa somática para a doença mental, e a escola psicologicista, que era partidária dos desvios "mentais", "psíquicos" ou "morais", como base para a alienação mental, pondo em jogo a oposição entre objetividade científica e subjetividade dos juízos de valor. O autor enuncia que não é pelo viés de um corpo adoecido que a psiquiatria se insere nos cânones da medicina, mas como a especialidade que deveria intervir particularmente no domínio da moralidade, razão pela qual os seus conceitos foram construídos em torno da ideia de normatização moral, que deveriam justificá-la teoricamente e validá-la como prática científica. Se articulando no plano da manutenção da ordem e no nível do político em sentido amplo, a psiquiatria desenvolveu demanda de vigilância moral e só procurou fundar-se biologicamente, explicando as suas anormalidades com a Anatomia Patológica, em face da necessidade de se mostrar coerente e homogênea no interior do saber médico.

Pode-se dizer que o debate entre as correntes somaticista e psicologicista configura-se ainda como uma questão atual, travado agora no campo do universo das moléculas e dos genes. A emergência dos avanços tecnológicos das biociências apontados Rose (2001) e Nelkin e Tancredi (1989), bem como o uso da "linguagem do cérebro" corroboram o fato. Por outro lado, a construção dos novos instrumentos de avaliação de risco e manejo de violência citados por Addalla-Filho (2004), respondem pela pretensão de objetividade científica e de superação dos juízos de valor.

Acerca desta questão, Ramberg (2009), ao comentar que a Associação de Psiquiatria Americana anunciou a preparação de uma revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-V, como é chamado, a ser publicada em 2012, argumenta que os psiquiatras deveriam “estar precavidos contra a tentação, tão familiar a nós, filósofos, de colocar sua disciplina no caminho seguro da ciência” (p. 2). O filósofo sugere que a busca de objetividade científica pela psiquiatria é tão inútil quanto desnecessária, uma vez que seu objeto sempre será seres socialmente constituídos e não organismos com capacidade para vida social; que o que conta como transtorno mental não só pode ser relativo a certo ambiente social, como também é o caso que o efeito de ser dotado com uma disposição particular dependerá do contexto sócio-psicológico e cultural no qual esta se manifesta. Desta forma, a relativização das condições psiquiátricas a contextos sociais e a valores não deveria ser temida ou negada, pelo contrário, a insistência na chancela científica pode levar a contradições e inconsistências que fragilizam o argumento.

Norteamos o exame dos laudos pelos termos dessa discussão, pretendendo tornar visíveis os parâmetros da construção do discurso que expressam para o que buscamos identificar e apontar, tanto os aspectos do indivíduo que são avaliados na perícia psiquiátrico-forense, quanto o modo de avaliação, a metodologia e os argumentos acaso utilizados nas justificativas das conclusões.

Consideramos, ainda, o caráter teleológico do exame psiquiátrico em matéria penal, conforme observado por Foucault (2002, p. 03) e evidenciado na apresentação que faz de comportamentos e maneiras de ser como a causa, a origem, a motivação do delito, mostrando como o indivíduo, antes mesmo de praticá-lo, a ele já se assemelhava.

3.3.1 A biografia do examinando na construção dos laudos

Conforme apontado por Rauter (1989), a associação direta e simplista entre carências e problemas na infância e crime atende a um “determinismo mecânico” que age em reforço de estereótipos:

Nessa perspectiva, os antecedentes ou a história pregressa são utilizados para condenar ou inocentar, para fornecer elementos para o julgamento, para incriminar [...] Uma vez posto em ação, a partir da lógica interna deste dispositivo pode-se afirmar que se, por exemplo, um indivíduo teve uma infância pobre e povoada de incidentes em suas relações familiares (mortes de parentes próximos, separações de casais, vícios como alcoolismo, privações financeiras) ele com certeza será um criminoso (p. 23).

Estudando o caso de Febrônio Índio do Brasil, interno no Manicômio Judiciário por 57 anos e do qual só saiu com a morte em 1984, Peter Fry (1985) se remete à ascensão da Psiquiatria à posição de instrumento legítimo e científico de controle social, por via da intervenção nos casos de crimes considerados sem razão e da estratégia técnica de transformar comportamentos em sintomas de uma personalidade perigosa, gerados numa história de vida povoada por situações patogênicas. Referindo-se ao modo de construção da história o autor sustenta que:

Como eles (os psiquiatras) necessariamente começam a partir do delito, esta concatenação é construída pelo perito ex post facto. Mas, na sua relação escrita e pública, a narração é *propter hoc*; a história é apresentada como uma série de eventos e evidências que, inexorável e linearmente, desembocam na inevitabilidade do delito. É esse truque de escrita que transforma a especulação e a interpretação em verdade científica, e que empresta ao documento final uma verossimilhança que convence [...] Trata-se de algo inerente a todos os sistemas de explicação que acreditam poder explicar satisfatoriamente a etiologia de eventos particulares (FRY, 1985, p. 46).

Becker (2008), trabalhando a *teoria da rotulação*, argumenta que as teorias científicas não podem se contentar com explicações de senso comum e argui a inconsistência do conhecimento que decorre da aceitação das suas premissas, seja a que acredita na existência de algo inerentemente desviante ou qualitativamente distinto em atos que infringem regras sociais ou parecem infringir, seja a de que a infração ocorre porque alguma característica da pessoa que a comete torna necessário ou inevitável o cometimento.

Referindo-se à obra de Hughes (apud BECKER, 2008) e valendo-se dos seus conceitos de *status principais, auxiliares e subordinados*, Becker formula a noção de *status* desviantes, argumentando que “um traço desviante

pode ter um valor simbólico generalizado, levando à crença de que o seu portador possui outros traços indesejáveis associados presumivelmente associados a ele” (BECKER, 2008, p.43); assim, uma primeira acusação de prática de delito pode dar ao acusado um *status* de criminoso, que contaminará a sua avaliação em outras situações e aspectos.

De modo semelhante, certos *status* têm prioridade e se sobrepõem aos demais. O exemplo dado por Becker é o fato do pertencimento à raça negra, na sociedade norte americana, impor-se sobre a maioria das demais considerações acerca de alguém, tornando-se o *status* principal em relação aos demais. Podemos afirmar que na nossa sociedade a origem familiar é fundamental na qualificação do indivíduo e que o pertencimento à classe pobre é o seu *status* principal, na maioria das vezes.

3.3.1.1 A família

A leitura da obra *Ordem médica e norma familiar*, de Jurandir Freire Costa (1979), nos remete às sociedades de normalização, onde a família oitocentista, cada vez mais incisivamente considerada incapaz de proteger a vida, especialmente das crianças, tornou-se alvo da medicina social e de sua política higienista.

Justificada pelos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, fatores inadequados à ordem capitalista, a higiene alterou o perfil sanitário da família, impondo-lhe uma educação física, moral, intelectual e sexual. A pedagogia médica acabou por alterar-lhe também a feição social, contribuindo para transformá-la na instituição conjugal e nuclear do nosso tempo. O modelo de família nuclear e conjugal, chamada “família íntegra”, higienicamente tratada e regulada, tem na família burguesa seu sinônimo histórico, pelo que a política higienista acabou resultando na imposição implícita dos valores, regras e padrões emocionais daquela classe social, atrelando a ela a vida privada dos indivíduos. Desta maneira as famílias que se afastavam do modelo passaram a ser percebidas e avaliadas como “desestruturadas” ou “incompletas”, como ainda hoje o são, incorporadas pelo senso comum.

Observamos nos laudos a indicação de acontecimentos e situações envolvendo o grupo familiar do examinando, com especial atenção aos de conotação negativa, deixando clara a importância do tema da família na avaliação que se faz. A necessidade de considerar eventos familiares e a seleção observada estabelecem, ainda que não diretamente indicado nem minimamente demonstrado, umnexo causal entre problemas familiares, saúde mental, crime e periculosidade.

Os laudos abordaram a família dos examinados quanto aos seguintes aspectos:

- organização familiar: *“mora com pai e madrasta”*; *“pais separados”*; *“pai desconhecido”*; *“pai não declarado”*; *“teve duas madrastas, a primeira morreu”*; *“ não se casou, é amasiado”*; *“ já viveu amasiado por 1 ano”*; *“é divorciado”*, *“estado civil- concubinato”*; *“três filhos, um com cada mulher”*. Avaliação de cunho eminentemente moral, em óbvia referência ao modelo referido. O destaque dado às separações, às uniões informais, aos filhos havidos fora do casamento, ao desconhecimento da identidade paterna, remete às “famílias desestruturadas”, enquanto adjetivação atribuída às famílias “de risco” por sua organização diferenciada do modelo hegemônico na classe média, não necessariamente “desestruturadas” ou patogênicas.

- experiências de violência doméstica: *“meu pai foi assassinado por minha madrasta”* (Laudos nº. 095387322); *“ele [o pai] era muito agressivo com a gente”* (Laudos nº. 0525800501); *“ele [o pai] batia muito na gente”* (Laudos nº. 052593228). Acontecimentos da infância, supostamente traumatizantes, são tidos como necessariamente determinantes de condutas irregulares na vida adulta e utilizados na explicação da base psíquica da relação transtorno mental-delito.

- experiências familiares de abuso de drogas lícitas e ilícitas e ocorrência de doenças na família: *“mãe fazia uso de aguardente”*; *“pais alcoolistas”*; *“irmão alcoolista”*; *“pai com internações frenocomiais (bebia muito)”*; *“alcoolismo na família (pai, tio e primos)”*; *“3 irmãos, 1 preso por droga”*; *“11 irmãos, 1 passa mal na rua”*; *“sua avó tinha seu problema”*; *“irmã nervosa”*; *“filha deficiente mental, duas morreram”*, *“mãe viva, com tuberculose, “prima falecida dava desmaios”*; *“irmã tem problemas mentais - está na APAE”*; *“mãe tem problemas mentais e fala coisas sem nexos”*; *“pai*

com problemas psiquiátricos”, “*o irmão mais novo tem transtorno psiquiátrico*”. Estas observações parecem indicar a possibilidade do fato patológico por via da hereditariedade, embora não esteja clara nos laudos a associação estabelecida.

3.3.1.2 O pai de família

Observa-se o peso significativo dado à figura paterna nos laudos examinados.

A sua ausência destaca-se, na maior parte das vezes. Quando a ausência é decorrente de morte natural, a doença que causou a morte é mencionada. Assim encontramos as informações: “*pai faleceu por cardiopatia*”; “*pai falecido por diabetes*”. Quando por desconhecimento da identidade paterna, o fato foi relatado com o uso das expressões “*pai desconhecido*”; “*pai não declarado*”; “*pai: não sei direito*”.

Um laudo atribui ao examinando a declaração de que “*meu pai foi assassinado por minha madrasta*” (Laudo nº. 084688517).

A presença paterna é mencionada de duas maneiras. Em pequeno número aparece o pai “*não-problemático*”, cuja presença é apenas registrada, sem comentários.

Por outro lado, a presença do pai é destacada quando relacionada a episódios de cunho negativo, tais como, “*pai com problemas psiquiátricos*”; “*pai com internações frenocomiais (bebia muito)*”; “*pai vivo com problemas de saúde*”; “*ele era muito agressivo com a gente*”; “*ele batia muito na gente, eu vivia indo prá casa da minha mãe, que não tinha nem lugar pra gente dormir*” (Laudo nº. 084688517).

A par de sugerir a busca de fatores hereditários como suporte explicativo para um transtorno mental, o foco na ausência ou enfraquecimento, pela doença, da figura paterna remete tanto ao drama edípico da psicanálise, quanto ao modelo higienista de família.

3.3.1.3 Aspectos da vida social e pessoal do examinando

Ao lado de acontecimentos e situações envolvendo o grupo familiar do examinando, outros acontecimentos do que constituiria sua história de vida são noticiados.

Com poucas palavras e frases curtas, a história se resume aos eventos relacionados ao uso de drogas e às experiências com o crime, às quais, por vezes, acrescentam-se informações quanto à sua vida escolar e profissional:

- *Nega o uso de álcool. Usa maconha e crack, havendo experimentado cocaína. Nega dependência química. Estudou até 5ª série. Parou devido drogas. Não tem profissão (Laudo nº. 084614141);*

- *Usou maconha com 15 anos. Evolui para o crack. Usou até os 21 anos. Não usa há 40 dias (quadro de internação neste nosocômio). Mãe e pai falecidos. Pai por alcoolismo (Laudo nº. 0952929111);*

- *Início de uso de psicoativos aos 12 anos. Inicialmente era abusador de álcool. Aos 17 anos maconha. Aos 19, cocaína. Habitualmente associado ao álcool (sempre em festas e bailes). Pai e mãe vivos. 04 (quatro) irmãos. 02(dois) com envolvimento com a justiça (Laudo nº. 073901419);*

- *O examinando relata que começou a usar maconha aos 18 anos, posteriormente, aos 20 anos, passou a usar maconha com crack, passando ao uso do crack puro no mesmo ano; fez tratamento na clínica Salva Vida, em Juiz de Fora por quatro vezes; também fez tratamento na Fazenda Esperança, em Três Marias. É tabagista; bebe socialmente; já foi preso anteriormente, três vezes. Relata que usou crack pela última vez, há mais ou menos dois meses (Laudo nº. 085009339);*

- *Relata cirurgia na virilha. Parou de estudar devido às drogas, 5ª série. Sem profissão. Já experimentou cocaína. Usa maconha e crack. Pai falecido, mãe viva com quem reside. 1 irmão e 1 irmã. Nega dependência química e doenças mentais na família. É solteiro. Sem filhos (Laudo nº. 063665585);*

- *Servente, auxiliar de mecânica de autos. Mora sozinho. Sem filhos. Nega etilismo; usava cocaína em festas. Pais falecidos. Irmão em Igrejinha, sem contatos. Primo já falecido dava desmaios também. Escolaridade: 6ª série: “trabalhar e estudar não consegui”. Já cumpriu pena de um ano e 4 meses devido a furto em 2005, de uma bicicleta. Teve uma repetição na escola, na 3ª série” (Laudo nº. 063665585);*

- *Mãe viva. Pai faleceu por cardiopatia. É solteiro. 7 irmãos. O irmão mais novo tem transtorno psiquiátrico. Estudou até a 4ª série. “Trabalhava como auxiliar mecânico” (Laudo nº. 067894320).*

Nem todos os laudos se referem à escolaridade do examinando, quando o fazem, apontam vida escolar curta. Assim, na totalidade dos laudos encontramos: “*primário incompleto*”; “*4ª série*”, “*5ª série, sem repetição*”; “*1º grau incompleto*”; “*2º ano primário*”; “*6ª série*”; “*1 repetição na escola, na 3ª série*”; “*estudou até o 2º ano primário*”. Um único caso de “*2º grau completo*” é mencionado.

A não ser a justificativa “*trabalhar e estudar não consegui*”, mencionada acima, não encontramos nenhuma outra referência aos motivos pelos quais a incursão à escola foi interrompida, exceto quando diretamente relacionada com o uso de drogas. O laudo também não esclarece no que a pouca escolaridade interfere na avaliação.

Da mesma forma é tratada a ausência de atividade profissional formal; expressões como “*não tem profissão*”; “*sem profissão*”; “*sem profissão definida*”, são encontradas no campo da história pessoal do examinando sem indicação de causa.

Rauter (1989) usa a expressão “*passado que condena*” para se referir à reconstituição feita da história pessoal de detentos, cuja função é encontrar no passado fatos que possam servir de motivação para a delinquência. Levando em conta a observação ininterrupta dos examinandos por pelo menos 45 dias, por certo mais de suas histórias pessoal, familiar e social foi apurado, das quais o que o laudo mostra é um extrato útil.

3.3.2 O exame mental

Cerne, por assim dizer, da avaliação proposta, os aspectos avaliados neste item encontram-se enumerados em linhas, correspondendo uma ou duas expressões para cada um, compondo perfis com características indicadas objetivamente. A importância dos mesmos para o conhecimento dos parâmetros da avaliação justifica citá-los.

Na construção dos laudos, o comportamento do examinando durante todo o tempo em que permaneceu internado foi indicado em uma ou duas palavras, tais como: “*ansioso*”; “*adequado*”; “*inadequado*”; “*pueril*”; “*infantilizado*”; “*difícil contato*”; “*apreensivo e desconfiado*”; “*calmo*”;

“dócil”; “cooperativo”; “sérios distúrbios de conduta e do comportamento”; “contato bom”.

O estado de consciência manifestado no período foi descrito como *“normovigil”; “clara”; “lúcida”; “normovigil”; “normotenaz”; “vigil”,* e a orientação como *“preservada”; “normal”; “normal autopsíquica, normal alopsíquica”; “bem orientado”; “mal orientado no tempo”.*

A memória e a atenção foram indicadas como *“sem alterações”; “lacunas”; “conservada”; “preservada”; “sem transtornos”; “íntegra”, “provocada”; “dispersiva”; “espontânea”; “sem alterações”; “dispersa”.*

Para a vontade encontramos *“hipobulica”; “sem alterações”; “impulsividade”; “brigas com outros internos”; “preservada”, “pragmático”, “sem distúrbios”, “inconstante”.*

O tema inteligência, presente em todos os laudos, trouxe expressões como *“mediana”; “preservada”; “conservada”; “déficit importante”; “déficit leve a moderado”; “déficit cognitivo global”; “abaixo da média”, “compatível com o seu padrão sócio cultural”, “compatível com o nível sócio econômico”.* Bem como o do pensamento, descrito em *“normal”; “de conteúdo normal”; “de curso anormal”; “concretismo”; “ausência de delírio”; “de curso e conteúdo adequados”; “pragmático”; “lentificado”; “desorganizado”; “ideação de [autoextermínio](#)”; “pragmatismo útil deficitário”.*

Importante para a averiguação de sociopatias¹⁷, a afetividade foi apontada na maioria dos laudos e avaliada como *“indiferente”; “conservada”; “sem alteração”; “sem transtornos”; “expressões afetivas congruentes”; “embotamento afetivo”; “tendência ao isolacionismo”; “afeto ligeiramente aplainado”.*

Para sensopercepção, encontramos *“sem alterações”; “alucinações”; “alucinações auditivas”; “ausência de atividade alucinatória-delirante”; “ausência de sintomatologia psicótica”.*

O tema do asseio corporal parece importante e trouxe as seguintes expressões: *“adequado”; “vestes da instituição”; “vestes em desalinho”; “higiene relativamente boa”; “razoável aspecto higiênico”.*

¹⁷ Sociopatia: termo genérico que designa um desvio de personalidade ou psicopatologia em que o seu portador apresenta comportamento antissocial, ou associal, ao qual falta senso de responsabilidade ou consciência.

Linguagem e gesticulação foram observadas e revelaram-se “normal” e “normoproxeico”. “coerente”, “incoerente”, “tartamudez”, “diálogo mantido”; “diálogo por vezes incoerente”; “prolixidade”; “infantilizada”.

Para humor encontramos: “deprimido”; “ansioso”; “hipotímico”; “eutímico”; “normotímico”.

Para *juízo e raciocínio* encontramos: “sem alterações”; “sem crítica”; “ausência parcial de crítica”; “juízo de crítica mantido”; “severo comprometimento do juízo crítico e da realidade”; “presença de sinais e sintomas de síndrome de abstinência”.

Os laudos abordam mais ou menos estes aspectos, alguns são mais extensos, outros concisos, atendo-se a quatro ou cinco aspectos, destacando-se a “senso percepção”, a “consciência”, o “pensamento”, a “vontade”, a “inteligência”, o “juízo” e “raciocínio”, que parecem interessar mais diretamente para indicação de graus de responsabilização e culpabilização sobre os atos praticados, bem como para justificar as perspectivas futuras apontadas no prognóstico que compõe a conclusão.

3.3.2.1 Os critérios de mensuração e avaliação de saúde mental

Na obra *O normal e o patológico*, George Ganguilhem (2010), numa reflexão filosófica sobre as aquisições, métodos e técnicas da medicina, encontramos uma análise crítica valiosa acerca dos critérios de normalidade e de anormalidade construídos ao longo da história da ciência médica.

Uma das reflexões do autor refere-se à relação estabelecida entre o conceito de norma ou normal e o conceito de média, questionando a pretensão de dar objetividade ao primeiro conceito através da sua redução ao segundo, ou seja, de fazer da média o fundamento empírico da norma.

Suas assertivas, referenciadas no trabalho de patologistas e fisiologistas, apontam a impossibilidade de se delimitar a margem de normalidade em torno de um valor médio encontrado, seja qual for o critério utilizado para estabelecer a média, uma vez que,

apesar de, na determinação de uma normalidade parcial, o estado médio do caráter estudado no grupo observado poder, a rigor, proporcionar um substitutivo de objetividade, de qualquer modo qualquer objetividade se

desvanece na determinação de uma normalidade global, a delimitação em torno da média permanecendo arbitrária (CANGUILHEM, 2010, p. 111).

Não sendo possível dar objetividade à média, a pretensão de redução da norma à média é esvaziada de sentido, restando independente a norma, pelo que a sua origem e seu sentido são buscados na etimologia.

Sabendo-se que “*norma*” é a palavra latina para esquadro, enquanto que “*normalis*” significa perpendicular, o autor dá como clara a origem do sentido dos termos norma e normal, sendo a norma aquilo que serve para retificar, endireitar, pôr de pé; se diz normal, por sua vez, o dado normalizado, retificado pela imposição de uma exigência, corrigido na sua variedade e disparidade que se apresentavam como uma indeterminação tanto mais hostil quanto estranha, em relação à exigência; “conceito polêmico, realmente, esse conceito que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa de sua compreensão.” (CANGUILHEM, 2010, p. 201).

Neste raciocínio, a essência da relação normal-anormal não é de contradição ou de exterioridade, mas de inversão e de polaridade, criadas pela depreciação que a norma faz de tudo o que a referência a ela própria impede de considerar normal, pela produção daquela negatividade ética, daquele padrão do que “não ser” apontados por Foucault (2002).

Não sendo uma lei da natureza cujo efeito decorre da sua existência mesma, a norma por si só não tem nenhum sentido de norma, estando a sua possibilidade de referência e regulação condicionada a outra possibilidade de referência e regulação, que só pode ser inversa. Uma norma tem sentido, valor e função pelo fato de existir algo fora dela que não corresponde à exigência a que ela atende. Decorre disso que

uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatório por um estado de coisas satisfatório (CANGUILHEM, 2010, p. 202).

A norma é, assim, referência e regulação que traz em si a possibilidade de sua inversão, expressando uma preferência que pressupõe a comparação do

real a valores e revela discriminações de qualidades polarizadas em positivo e negativo (CANGUILHEM, 2010, p. 203). Não existe, portanto, uma norma original que haja desde sempre fixado um estado de normalidade do qual o anormal seja um desvio ulterior. Ao contrário, “*no início era o caos*”, a indeterminação, a instabilidade, vindo a norma estabelecer o normal a partir de uma intenção normativa provocada pela anterioridade histórica do futuro anormal. É da execução de um projeto normativo, que ordena qualidades numa escala de valores, que o normal decorre, vindo a ser a manifestação da norma no fato (CANGUILHEM, 2010, p. 205).

Estas considerações convergem para os argumentos de Foucault (1987, 2005) quanto ao advento das sociedades de normalização, entendidas como um projeto normativo que conjuga os mecanismos disciplinares e reguladores do biopoder para tratar a população como problema a um só tempo científico e político, biológico e de poder, interessando tão somente os fenômenos coletivos, em seus efeitos econômicos e políticos, ensejadores de certa governamentalidade.

Decorre que a normalização é um projeto amplo, que perpassa diversos setores da sociedade e da sua hierarquia de valores, no qual uma decisão normativa tomada em certo setor, por exemplo, político; determina e busca respaldo em outra, correlativa em outro setor, por exemplo, médico. Assim é que as normas de higiene foram definidas considerando o interesse político pela saúde das populações consideradas estatisticamente. Assim é que a norma, pressupondo flexibilidade e refutando a ideia de imutabilidade, fixa o normal, sempre provisoriamente, no contexto de outras normas,

De outro lado, Becker (2008), considera de senso comum algumas das concepções de desvio e desviante em relação às regras do grupo. A mais simples é estatística, ou seja, é desviante o que se distancia excessivamente da média, levando à concepção de desvio como sendo aquilo que difere do que é mais comum. Tal concepção é refutada por desconsiderar questões de valor próprias das discussões acerca da natureza do desvio. E da construção das regras, conforme questão trabalhada por Canguilhem (2010) acerca da relação entre norma e média.

Outra concepção de desvio, apontada por Becker como menos simples, porém mais comum, é a que relaciona desvio a doença. Aqui o desvio é algo

patológico na sua essência, ou é produto de doença mental. A analogia é a de que um órgão ou função em desajuste é patológico, se não está funcionando com eficiência está doente. O autor argumenta que esta concepção é limitante porque ao situar a fonte do desvio no indivíduo desconsidera o próprio julgamento do desvio como parte decisiva do fenômeno. Esta concepção também se afina com Canguilhem, no que diz respeito ao caráter relacional e axiológico da norma.

Na observação dos critérios de mensuração de saúde mental presentes nos laudos examinados verificamos pequena variação entre as expressões usadas.

A par da ausência de contextualização, algumas características são apontadas nos laudos como desvios em relação a uma expectativa de normalidade; outras não deixam claro o referencial de mensuração.

Observamos expressões como:

- *“mediana”*; *“abaixo da média”*; *“relativamente boa”*; *“afeto ligeiramente aplainado”*; *“vontade hipobulica”*; *“normotímico”*; *“normoproxeico”*; *“hipotímico”*; *“eutímico”*, onde se usou termos que por si mesmos esclarecem o referencial ou a norma utilizados, ou seja, a “média”.

- os termos *“compatível com seu padrão sócio cultural”*; *“compatível com o nível sócio econômico”*, usados na avaliação da inteligência dos examinandos, não se baseiam em critério científico; ao contrário, expressam um juízo de valor que incorpora ideias pré-concebidas e de senso comum que compõem o *status* principal mencionado por Becker (2008).

- *“prolixidade”*; *“tartamudez”*; *“pragmático”*, são termos que definem características que podem ser encontradas em grande parcela da população. Pressupondo que nenhuma informação é gratuita num texto técnico, cabe perguntar qual o porquê da menção a estas características. Seriam elas indicativas de patologia mental? De maior ou menor periculosidade? De maior ou menor risco de reincidência no crime? A associação não está estabelecida.

- *“fala e comportamento infantilizado”*; *“linguagem infantilizada”*; *“comportamento pueril”*; parece referir-se a determinada expectativa relativa a certa faixa etária, porém tal referência não é clara.

Em outro grupo as expressões *“apreensivo e desconfiado”*; *“difícil contato”*; *“brigas com outros internos”*; *“tendência ao isolacionismo”*;

“*irritável*”; “*ansioso*”; aparecem como características admitidas como sintoma de doença e confirmação de diagnóstico, mas sem nenhuma observação quanto ao impacto da institucionalização sobre o examinando e à assimetria da relação estabelecida com a equipe médica.

3.3.2.2 O fator temporal

Cabe à perícia avaliar a condição mental do indivíduo ao tempo da ação delituosa, ou seja, medir “*retrospectivamente ao tempo da ação*” a capacidade de entendimento e de autodeterminação do examinando. A ocorrência de intervalo lúcido¹⁸, por exemplo, pode ser problemática em verificação retrospectiva; bem como a condição mental ou o estado de consciência no caso de uso de drogas. O decurso de tempo entre o delito e a realização da perícia constitui, portanto, importante fator para a precisão dos seus resultados.

Observamos nos laudos pesquisados que a perícia foi feita em até 5 anos após o fato relatado na denúncia, sendo o menor prazo observado o de 2 meses, o que fragiliza, se não invalida absolutamente, a afirmação acerca do estado de consciência do examinando no momento da infração.

3.3.2.3 No que se sustenta o diagnóstico? Considerações médico-legais e metodologia

O resultado de uma perícia psiquiátrico-forense é de tal modo determinante do destino do indivíduo que se supõe que o laudo, ao apresentar um diagnóstico, traga informações acerca da técnica e da metodologia utilizadas para se chegar a ele, bem como das relações havidas entre comportamento, transtorno mental e lei.

A literatura psiquiátrica se refere a isso como “o mais importante elemento do laudo. Momento no qual se relaciona o que foi constatado no examinando com a discussão que se dá no processo, enquadrando a conclusão médica nas normas legais existentes.” (TABORDA et al, 2004, p. 61).

¹⁸ Intervalo lúcido: período entre surtos ou fases recorrentes de transtornos psicóticos, no qual a capacidade mental está completamente restabelecida. Cf. Mendes Filho e Morana (2004, p. 226).

É o momento, portanto, da argumentação científica de cunho explicativo, no qual, ainda que de maneira simplificada que atenda ao leitor leigo, deve ser comprovada, por exemplo, a existência de um transtorno da saúde mental e demonstrado o nexo de causalidade entre ele e o fato indigitado, com comprometimento da capacidade de cognição e/ou volição do examinando, atendendo, assim, ao mencionado critério biopsicológico de exclusão da responsabilidade, que se pauta exatamente nesta relação. Não bastando ao perito indicar a presença de doença mental, perturbação ou transtorno da saúde mental¹⁹; nem tão somente a ausência da capacidade de cognição e volição ao tempo do delito²⁰, deverá submeter-se ao critério legal proposto para que a perícia sirva aos fins a que se destina, ou seja, contribuir para o convencimento do julgador, fornecer uma base científica para a sentença a ser proferida e impor limite ao arbítrio judicial.

Verificamos, porém, que as “*considerações psiquiátrico-forenses*” indicadas nos laudos examinados ou não são feitas, ou não alcançam o objetivo explicativo. Os textos que lhe são correspondentes nada esclarecem acerca dos transtornos e/ou doenças apontados ou das relações havidas entre os mesmos e o comportamento delituoso do examinando.

De caráter tautológico, algumas das ditas considerações nada mais são que uma referência direta à própria existência de transtorno psíquico para explicar a presença do transtorno mesmo; outras apenas indicam as ferramentas metodológicas utilizadas, sem qualquer discussão acerca do trabalho e das conclusões que elas possibilitaram.

Os textos abaixo revelam o padrão observado no modo de explicação referido.

Texto 1: Considerando o comportamento do examinando durante sua permanência neste hospital. Considerando os transtornos psíquicos. Considerando as anotações nos autos presentes à fls [...] Concluimos que o examinando possuía ao tempo da ação:

¹⁹ Critério biológico ou etiológico, chamado sistema francês, que condiciona a responsabilidade à saúde mental, à normalidade da mente. Em tal sistema, se o indivíduo é portador de uma enfermidade ou grave deficiência mental já será declarado irresponsável, sem necessidade de ulterior indagação da sua condição psicológica no momento do delito (Exposição de Motivos – Código Penal Brasileiro de 1940) (BRASIL, 2010).

²⁰ Critério psicológico, que declara a irresponsabilidade considerando apenas a supressão da capacidade de cognição e volição ao tempo da ação, independente da causa.

Doença Mental CID-1- F31 (transtorno bipolar com sintoma psicótico)
Não tinha a plena capacidade de entender o caráter ilícito:
Era incapaz de autodeterminar-se totalmente (Laudo nº. 082161759).

Nenhuma discussão acerca dos transtornos psíquicos mencionados, nem sua relação com o delito praticado, forte suporte nas informações, em nada científicas, constantes do processo.

*Texto 2: Considerando o comportamento do examinando durante sua permanência neste Hospital...
 Considerando a ausência de transtornos psíquicos...
 Considerando as observações dos outros membros da equipe multiprofissional desta instituição...
 O avaliando [...] era ao tempo da ação portador de Dependência Grave a Álcool. Numa avaliação psiquiátrico forense (Laudo nº. 084131293).*

Da mesma forma que o primeiro, este texto é puramente tautológico, não informa acerca da relação entre alcoolismo e delito, aponta como único instrumento metodológico a observação.

*Texto 3: Considerações médico-legais: Foram analisados o comportamento do examinando durante a sua permanência nesta instituição, durante as entrevistas psiquiátricas e retrospectivamente ao tempo da ação; a sua história clínica, médica e criminal; os documentos processuais presentes; e as observações dos outros membros da equipe multiprofissional desta instituição.
 Conclusão: O examinando (nome) era ao tempo da ação, portador de Dependência Alcoólica Moderada, numa avaliação psiquiátrica forense.
 Plenamente capaz de entender o caráter ilícito do fato.
 Plenamente capaz de autodeterminar-se.
 Quanto ao diagnóstico baseado na classificação internacional de doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde, adotado no Brasil: (F10. 2) (Laudo nº. 095346413).*

Destaca-se aqui a avaliação retrospectiva de comportamento e a história criminal do examinando.

Já foi exposto que a literatura especializada aponta para uma padronização dos exames psiquiátricos forenses, com a adoção de novos instrumentos de avaliação de risco e manejo de violência, ao lado das

avaliações neurológicas, endocrinológicas e cardiológicas, de exames complementares abrangendo a rotina laboratorial, exames funcionais e de imagem, além de testes neuropsicológicos.

Assim, não desconsiderando o valor da entrevista com o examinando e com terceiros e do exame físico passível de realização no consultório, a disciplina psiquiátrica preconiza a utilização de recursos mais sofisticados e com maior poder de predição na detecção do uso de substâncias tóxicas e psicoativas, de predisposição genética, de lesões cerebrais, estruturais e funcionais, dentre outros.

Por outro lado, a substituição dos termos legais ‘doença mental; ‘perturbação da saúde mental’; ‘desenvolvimento mental retardado’ e ‘desenvolvimento mental incompleto’, pelo termo ‘transtorno mental e de comportamento’, em acordo com os sistemas de diagnósticos DSM-IV e CID 10, é justificada pela criação de critérios psiquiátricos objetivos e amplos que atendam melhor à atividade forense da psiquiatria, na qual, “o perito ou assistente técnico, ao examinar e redigir um laudo e/ou parecer, está encarregado de oferecer evidências médico-legais que possibilitem a aplicação da lei de acordo com o caso.” (LAKS; ENGELHARDT, 2004, p. 69). O empenho em alcançar a objetividade proposta e oferecer evidências que sustentem o laudo pode ser averiguado, na prática, pela metodologia adotada nas perícias psiquiátricas realizadas.

No material examinado a metodologia utilizada ou é simplesmente omitida, ou é apresentada em texto padrão, abaixo transcrito, que se repete sistematicamente, com pequena variação na ordem das orações, não atendendo absolutamente às expectativas expressas na literatura.

Foram analisados o comportamento do examinando durante a sua permanência nesta instituição, durante as entrevistas psiquiátricas e retrospectivamente ao tempo da ação; a sua história clínica, médica e criminal; os documentos processuais presentes; e as observações dos outros membros da equipe multiprofissional desta instituição (Laudo nº. 085017013).

Observamos que a referida história clínica e médica é a que se apurou nas entrevistas e relatada no corpo do laudo. Nenhum exame laboratorial, de imagem, ou outro foi utilizado em suporte dos diagnósticos. As entrevistas e

os “*documentos processuais presentes*”, ao lado das observações dos demais profissionais, aparecem como instrumentos principais de avaliação em todos os laudos examinados, direta ou indiretamente referidos. Já argumentamos acerca das condições adversas para o examinando daquela entrevista e do impacto da internação sobre o mesmo, bem como do conhecimento prévio de sua “ação criminosa” pelo psiquiatra e demais profissionais que o avaliam, arguindo que tais práticas resultam contrárias à ideia de isenção e neutralidade.

Excetuando o juiz, que está autorizado a julgar em desacordo com a perícia²¹ - fato não verificado em nenhum dos processos que examinamos-, a contestação do resultado de uma perícia médico-legal, como a rigor de qualquer outra feita em processos judiciais, depende de contraprova, ou contraperícia, que também não encontramos em nenhum dos casos estudados. Ainda assim, a refutação estaria subordinada igualmente ao discurso psiquiátrico e à sua verdade.

Neste sentido, Foucault (2002) enfatiza que no ponto de encontro entre a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros e que produzem efeitos judiciais importantes, mas que são, no entanto, alheios às regras, mesmo as mais elementares, de formação de um discurso científico, como são alheios também às regras do direito. Bastaria não mais que a ausência de argumentação científica de cunho explicativo que atenda ao critério legal proposto, impossibilitando contar com um mínimo de objetividade que ofereça evidências que sustentem o laudo, para identificar a discrepância apontada.

3.3.3 Os diagnósticos: números e comentários

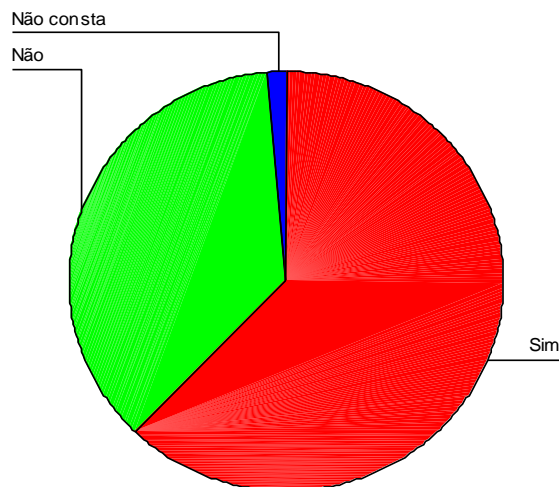
Entre os 77 laudos examinados, apenas 16 indicam a ausência absoluta de algum tipo de doença, ou de transtorno mental, ou deixa de recomendar

²¹ O art. 131, do Código de Processo Civil confere ao juiz a livre apreciação da prova, enquanto que o artigo 436, do mesmo código, dispõe que “o juiz não está adstrito ao laudo pericial, podendo formar a sua convicção com outros elementos ou fatos provados nos autos” (BRASIL, 2010).

com segurança a indicação de internamento ou tratamento, mesmo que preventivo.

Quarenta e oito indivíduos foram considerados perigosos, sendo que o internamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi recomendado para 40 deles. Entre os perigosos, oito receberam indicação de tratamento ambulatorial, aos quais se somam mais doze outros indivíduos, que mesmo não sendo portadores de doença ou transtorno mental, nem sendo dependentes de drogas, receberam indicação de tratamento ambulatorial, como medida de prevenção. Visualizamos melhor a proporção dos perigosos no total dos periciados observando o gráfico seguinte.

Gráfico 1 - Proporção dos indivíduos perigosos em relação ao total dos indivíduos periciados



Fonte: Pesquisa de campo

Observamos, ainda, a incidência de um único caso - o da mulher periciada, cujo internamento e exame de sanidade mental e dependência toxicológica tiveram lugar no Hospital Psiquiátrico e Judiciário Jorge Vaz, em Barbacena-MG - no qual os peritos afirmaram não ser possível indicar com segurança o estado mental da periciada no momento da prática do delito,

ocorrido 04 meses antes, eximindo-se de fazê-lo. Aos questionamentos feitos pelo Ministério Público, responderam que poderiam apenas afirmar que ela não apresentava, no momento do exame, sinais de doença ou de transtorno mental, nem de dependência a drogas, e que eventual periculosidade sua não poderia ser prevista ou suposta.

Delitos relacionados, direta ou indiretamente, com drogas diferentes do álcool, correspondem a 83,1% do total de laudos examinados.

A dependência a essas drogas predomina como sendo o transtorno mental de maior frequência, sendo indicado em 31,2% dos diagnósticos. Desses, 32,5% se referem à polidrogadição, envolvendo crack, cocaína e maconha. Somando-se a dependência a drogas à esquizofrenia, apontada em 18,2% dos casos, temos um grupo que corresponde a 49,4 % do total de casos examinados, respondendo pelo maior número de indivíduos considerados perigosos e com indicação de medida de segurança.

A relação direta entre doença ou transtorno mental e periculosidade é confirmada na pesquisa, sendo que todos os indivíduos portadores de esquizofrenia foram considerados perigosos, como também o foram os de oligofrenia (1 caso), de retardo mental (1 caso), de epilepsia combinada com retardo mental (2 casos), de psicose e psicose por drogas (2 casos), de psicopatia (1 caso), de transtorno orgânico de personalidade (2 casos), de transtorno esquizoafetivo (2 casos), de doença mental não especificada (1 caso), de transtorno bipolar (4 casos), além da dependência alcoólica (3 casos).

Observamos em alguns casos a adoção pelo perito da simples presunção de periculosidade do portador de doença ou transtorno mental, com recomendação de medida de segurança, inclusive de internamento, em situações nas quais, não fosse pelo fato da presunção, a medida não seria aplicada.

Assim é o caso do laudo nº. 07425181-3, no qual o delito em questão é uma denúncia caluniosa com desacato à autoridade. A história se resume num “trote” passado para o atendimento de emergência da polícia militar (fone 190), denunciando a chegada de um carregamento de drogas em determinado endereço da cidade; verificou-se no local que se tratava de falsa denúncia e, localizado o seu autor, o mesmo dirigiu-se aos policiais com

deboche e palavras de baixo calão, sendo preso em flagrante. Instaurado inquérito e ação penal, o promotor de justiça, considerando ser o réu primário e de pouca gravidade o delito praticado, já havia opinado pela transação penal prevista em lei, via da qual o autor do delito receberia, no máximo, uma pena de prestação de serviços à comunidade, quando foi levantada a hipótese da sua insanidade mental. Submetido a exame psiquiátrico, o perito constatou que o indivíduo é portador de esquizofrenia e apontou sua periculosidade, recomendando seu internamento. A pergunta a ser feita aqui é: justifica-se uma medida tão drástica para delito de tão pouca monta? Que prejuízo causou à sociedade aquele indivíduo? Que perigo representa, de fato?

Levantamos a mesma questão para pelo menos 3 outros casos, referentes aos laudos de números 08468851-7, 05216773-4-103 06321449-1 que, envolvendo réus primários e tentativa de furtos de bem de pequeno valor, resultaram em medida de segurança de internação, claramente pelo fato de que seus autores são portadores de oligofrenia ou retardo mental.

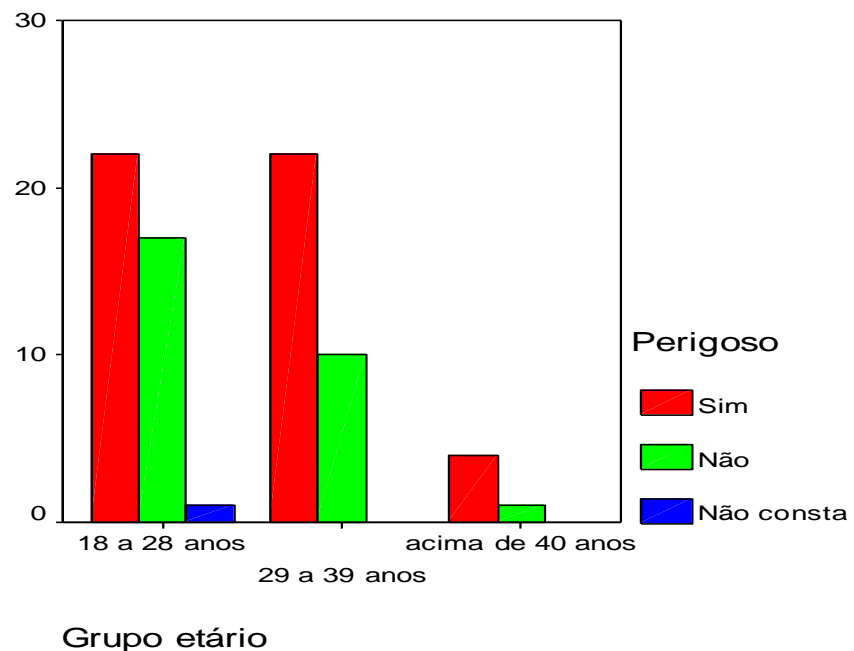
Opomos dúvida semelhante também em relação ao caso referido no laudo nº. 04191087-1, que trata do homicídio praticado pelo periciado contra sua mulher, em reação a adultério praticado por ela, devidamente demonstrado pela defesa. Cometido por réu primário, que não voltou a matar, o delito seria tratado como crime passional e o seu autor já teria se beneficiado de progressão de pena não fosse o fato de ser portador de esquizofrenia, com periculosidade presumida, o que o mantém internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico já há mais de seis anos, com laudo no sentido da manutenção da medida de internamento, sem previsão de “alta”. Outro indivíduo, considerado “sadio”, que cometesse o mesmo delito, nas mesmas condições, já estaria em liberdade. Perguntamos aqui se o primeiro matou porque foi traído, como tantos outros, homens e mulheres, o fazem, muitas vezes apenas por uma suspeita de adultério, ou porque tem delírios oriundos da esquizofrenia. Será mesmo possível dar uma resposta objetiva e cientificamente embasada a esta pergunta?

Mudando o foco da observação, verificamos que os dados referentes à periculosidade e às recomendações de internamento e tratamento ambulatorial repetem o padrão do encarceramento em geral, informado na nota nº. 5, p. 11,

sendo que em algumas situações a medida de segurança atinge grupos até maiores.

Assim, enquanto que o Ministério da Justiça informa que a maior parte dos encarcerados concentra-se na faixa etária de 18 a 24 anos, verificamos que a relação entre idade e periculosidade expressa nos laudos examinados apresenta igual concentração de perigosos, diga-se, de inimputáveis aos quais será aplicada medida de segurança, nas faixas etárias de 18 a 28 anos e de 29 a 39 anos, reduzindo radicalmente apenas entre os indivíduos de 40 anos ou mais.

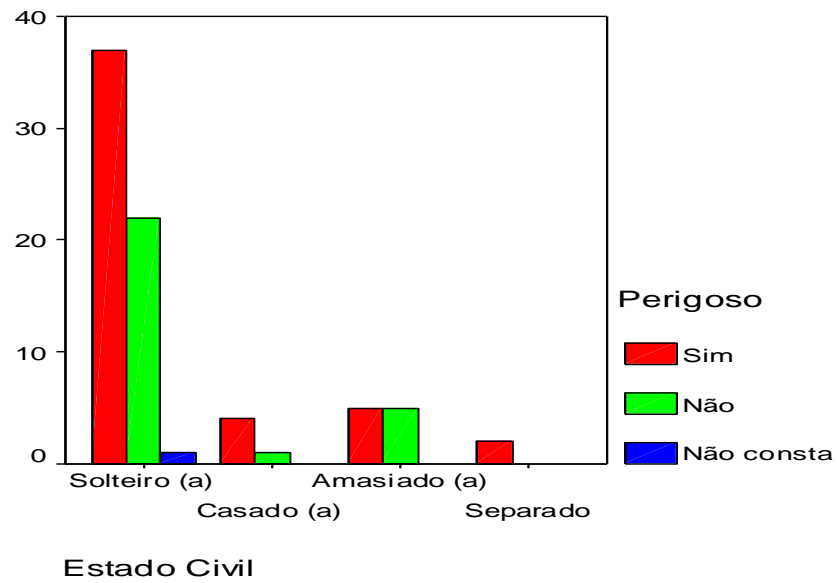
Gráfico 2 - Relação faixa etária e periculosidade



Fonte: Pesquisa de campo

A relação entre estado civil e periculosidade segue a mesma linha, apontando maior periculosidade dos solteiros, o que não contradiz a afirmação anterior, de que os indivíduos de menor idade, e ainda solteiros, são os mais perigosos. É o que mostra o gráfico seguinte.

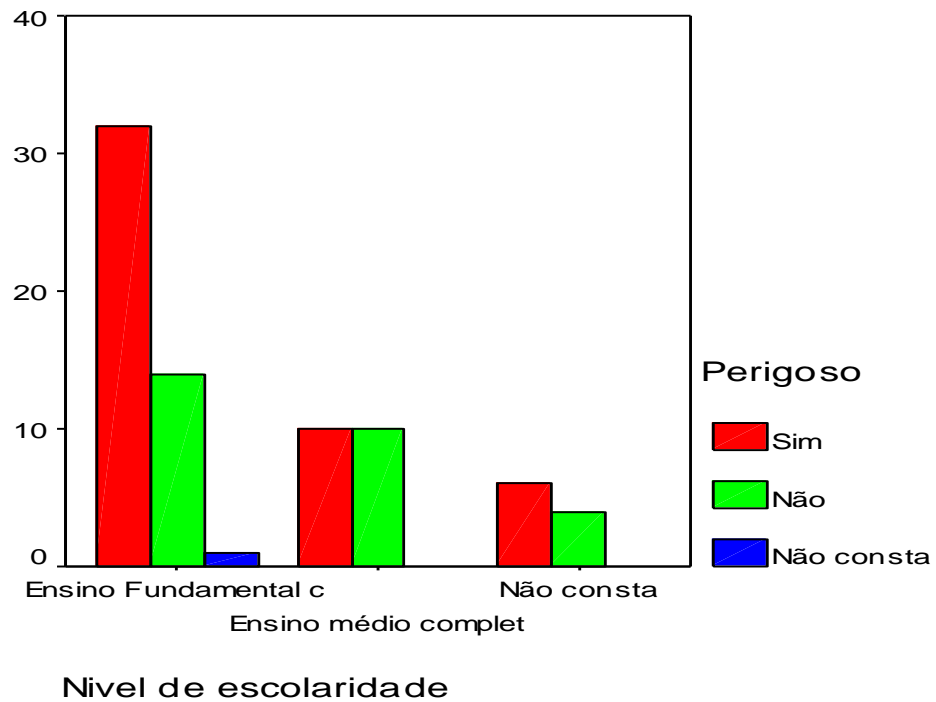
Gráfico 3 - Relação entre estado civil e periculosidade



Fonte: Pesquisa de campo

A pesquisa também revela que os mais perigosos são aqueles de menor escolaridade, com concentração no nível fundamental, em acordo com os dados oficiais do encarceramento, que apontam que dois terços dos encarcerados não completaram o primeiro grau, ou ensino fundamental, sendo que 7,22% deles são analfabetos.

Gráfico 4 - Relação entre escolaridade e periculosidade



Fonte: Pesquisa de campo

E o confronto das informações relativas ao local de residência e atividade profissional dos periciados com os dados referentes à periculosidade e ao encaminhamento para medida de segurança completa o quadro que ratifica a observação acerca da repetição do padrão do encarceramento em geral, ou seja, de que a população carcerária do Brasil é formada basicamente por homens, jovens, pobres e com baixo nível de escolaridade. Com alguma exceção a ser feita a um único bairro mencionado, São Mateus, no qual reside também parte da classe média da cidade, todos os demais abrigam ordinariamente a população de mais baixa renda, neles residindo os profissionais das atividades de menor qualificação e remuneração.

Admiti-la como sanção penal é expor as contradições de um sistema penal que pretende ater-se aos pressupostos filosóficos e constitucionais da razão clássica e liberal, mas admite, ao mesmo tempo, a responsabilização penal objetiva daquele indivíduo que se acha privado da razão que lhe permite compreender o caráter ilícito do fato ou de comportar-se segundo esse entendimento. Isto porque o Art. 5º, XLV, da Constituição Federal impõe que “nenhuma pena passará da pessoa do condenado” (BRASIL, 2010), e que “ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado²² de sentença penal condenatória”, conforme Art. 5º, XLII, da Constituição Federal (BRASIL, 2010, grifo nosso). Como, então, uma sanção penal pode atingir aquele que foi absolvido, que obteve uma sentença penal absolutória? Remediando o impasse o Código de Processo Penal, em seu Art. 386, parágrafo único, inciso III, adota a chamada “sentença absolutória atípica” (BRASIL, 2010) que absolve por reconhecer que o indivíduo é irresponsável pelos seus atos, mas aplica-lhe, por força da sua periculosidade, a medida de segurança, tida como algo diverso da sanção penal. A questão que se coloca é se o reconhecimento de que alguém não é responsável pelos seus atos deveria implicar na imediata extinção da jurisdição penal²³ sobre ele; admitir que não, é admitir que alguém que não é culpado possa receber uma sanção penal, imposta por um juiz penal, apenas por uma conveniência social.

Por outro lado, admitir que a medida de segurança não seja uma sanção penal é admiti-la como sendo de natureza terapêutica, cujo objetivo é o restabelecimento da razão e a reintegração do indivíduo na sociedade, apenas garantindo circunstancialmente essa mesma sociedade contra eventuais danos decorrentes da periculosidade correlata à doença ou ao transtorno mental apurado. Ocorre que desta forma não mais estaríamos tratando de direito penal *strictu sensu*, mas de direito sanitário - tão caro, aliás, à psiquiatria no seu nascimento. A medida de segurança seria, então, uma terapia *sui generis*, vez que aplicada e dosada pelo juiz, em instituição do sistema penitenciário, já que, embora com características hospitalares²⁴, os chamados Hospitais de

²² Ocorre o trânsito em julgado de uma sentença quando foram esgotadas todas as possibilidades de recursos para alterá-la.

²³ Jurisdição: limite da competência e da autoridade de um juiz.

²⁴ O Código Penal, no seu art. 99 estabelece que “o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”.

Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e não são regidos pelos seus princípios²⁵, mas pelos princípios da execução penal²⁶. De todo modo, além de ser um tratamento imposto em um processo penal, por um juiz criminal, sob um discurso sanitarista, a medida de segurança está em evidente descompasso com a ciência médica e com as diretrizes do SUS, que vêm caminhando paulatinamente no sentido da sua abolição e questionando não só o valor terapêutico das internações psiquiátricas para a maior parte dos casos, inclusive com extinção dos hospitais psiquiátricos, mas também a própria conveniência de se falar em “cura da loucura”, ocorrência que é a única possibilidade, segundo a nossa legislação penal, de se pôr fim à medida de segurança.

Assim, se imprópria enquanto sanção penal, ao ser considerado medida terapêutica a medida de segurança parece ainda mais descabida e inconveniente, especialmente frente aos termos da Lei 10.216/2001 que estabelece os termos da nossa reforma psiquiátrica.

Em breves palavras, vez que o tema é extenso e pede um trabalho específico, podemos dizer que a proposta de reforma psiquiátrica, envolvendo entidades da sociedade civil e profissionais da área de saúde mental, se desenvolve em duas vertentes básicas.

De um lado, a luta antimanicomial, que se constrói tanto como denúncia e protesto contra o tratamento desumano dado aos internos de manicômios, quanto como uma tentativa de superação da ambiguidade subjacente ao modelo clássico, no que tange exatamente ao descompasso entre o compromisso médico de curar e a instrumentalização dos recursos médicos em favor da manutenção da ordem social, por meio de controle e de disciplina exacerbados; nesta vertente destaca-se o trabalho do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1994), resultando, no Brasil, na Lei 10.216, de 16 de abril de 2001, que dispõe sobre a reformulação do modelo tradicional de tratamento psiquiátrico, objetivando regulamentar as instituições psiquiátricas e abolir o seu caráter manicomial e asilar.

²⁵ O Sistema Único de Saúde rege-se pelo art. 196, da Constituição Federal e pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, que tratam do direito sanitário brasileiro, em harmonia com o princípio da dignidade da pessoa humana enquanto fundamento mesmo da República Federativa do Brasil, conforme artigo primeiro da Constituição Federal (BRASIL, 2010).

²⁶ A execução penal é regida pela Lei 7.210/84.

De outro lado, surge a antipsiquiatria questionando epistemologicamente a validade da disciplina psiquiátrica para o tratamento da doença mental, vez que é um saber pautado por uma lógica causal baseada na análise empírica, o que a torna incompetente para tratar da loucura, fenômeno que se processa no plano eminentemente subjetivo e não relativo à esfera objetiva da realidade. A crítica à psiquiatria clássica também se faz com foco no papel do próprio psiquiatra, na sua unilateralidade e na sua postura na relação com o doente mental, resultando nas distorções comunicativas já mencionadas.

As alternativas apresentadas pela reforma psiquiátrica ao modelo manicomial clássico apontam soluções como a desospitalização ou a extinção da instituição hospitalar, o desassistencialismo, e a desconstrução da instituição psiquiátrica, nenhuma delas de fácil implementação em face das dificuldades políticas, técnicas, econômicas ou de mera execução de um projeto que põe em questão a autoridade médica e a estrutura formal e burocratizante da instituição psiquiátrica, denuncia seu caráter degradante e ideológico e se propõe a modificar a forma de interação entre corpo técnico e paciente, no sentido da sua humanização e da instauração de um sistema dialógico que permita a reflexão, representando, em última instância, um rompimento com a lógica racional-instrumental do modelo burocrático de organização e controle no qual, segundo Weber (1974) está enjaulado o homem moderno.

As chances de sucesso da proposta talvez sejam pequenas em face da possibilidade real de instalação de uma outra forma de dominação, desta vez amparada em argumentos humanitários, o que não a torna melhor. De qualquer forma, os movimentos reformistas fornecem subsídios para a emergência de uma nova consciência e compreensão da loucura, e, de resto, da doença mental em geral; o que, por si só, já constitui um avanço.

Assim sendo, na esteira da proposta internacional, a 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, estabelecendo um novo conceito de loucura e de cura, entendida não como a recuperação de uma sanidade perdida, mas como um trabalho de construção de um sujeito onde antes havia apenas um objeto de intervenção terapêutica. Não fazendo

qualquer distinção entre portadores de transtornos mentais criminosos ou não criminosos, essa lei determina que o tratamento médico-psiquiátrico terá a finalidade permanente de reinserção social do paciente em seu meio, e o internamento só será indicado quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, conforme o Art. 4º. e parágrafos, da Lei 10.216/2001, o que é incompatível com os dispositivos do sistema penal que regulamentam a medida de segurança, com seus prazos fixos e rígidos, bem como a presunção de periculosidade do portador de transtorno mental, tornando-os inaplicáveis. Jacobina (2008) defende a inconstitucionalidade e a revogação tácita dos dispositivos penais em desacordo com a Lei 10.216/2001, argumentando que qualquer dificuldade em estabelecer a prioridade da sua aplicação em detrimento do Código Penal é um falso problema, vez tratar-se de um conflito aparente de leis no tempo, a ser solucionado pela simples aplicação da regra geral pela qual a lei nova revoga a anterior como explicitado no Art. 2º. da Lei de Introdução do Código Civil, não cabendo arguir o “princípio da especialidade”²⁷.

Seguindo esse entendimento, acrescentamos que a medida de segurança contrapõe-se a várias garantias conferidas ao portador de transtorno mental pela Lei da Reforma Psiquiátrica, cujos parâmetros denunciam as estruturas tradicionais de saúde mental como estruturas de repressão e exclusão e a inter-relação estreita entre elas e o aparato jurídico policial (JACOBINA, 2008, p. 91). Observamos, neste sentido, que já a partir do procedimento de incidente de insanidade mental ou de dependência toxicológica, que resultam nos laudos referidos, o indivíduo, antes sujeito numa relação processual, se transforma em objeto de estudo. Conforme já exposto, o acusado é mantido internado por 45 dias, ou mais, por determinação judicial, em hospital indicado pelo juiz, ordinariamente em um hospital psiquiátrico ou assemelhado, sem que haja prova nem de sua culpa, nem de sua insanidade, tão somente para ser submetido a exame médico legal de natureza declaratória. E, no caso de ocorrência da “sentença absolutória atípica” e imposição de medida de segurança, ela será estabelecida com base no que

²⁷ O “princípio da especialidade” estabelece que a lei geral não ab-roga ou derroga a lei especial que com ele for incompatível, ainda que a lei geral seja posterior e regule integralmente a matéria. Acerca da discussão sobre a aplicação do princípio ao suposto conflito entre o Código Penal e a Lei 10.216/2001, ver Jacobina (2008, p. 111-113).

seria o apenamento, ou seja, para pena de reclusão aplica-se internamento, para pena de detenção aplica-se tratamento ambulatorial (DELMANDO, 2000)²⁸.

Esse princípio perde força em face da nova sistemática, via da qual o internamento só pode ser prescrito, por médico, quando outros recursos extra-hospitalares estiverem esgotados, conforme já dito. Durante o internamento, e considerando que os Hospitais de Custódia e tratamento psiquiátricos²⁹ não se regem pelos princípios aplicados ao Sistema Único de Saúde, o internado fica fora não só do alcance dos princípios de direito sanitário, como também não tem seu “tratamento” enquadrado nas novas regras para os atendimentos em saúde mental, inclusive, no que diz respeito à cientificação formal, a si e aos seus familiares, quanto ao tratamento que recebe; ao livre acesso aos meios de comunicação disponíveis e à garantia de sigilo nas informações prestadas³⁰.

Já pelo exposto, e tendo em mente o direito brasileiro pós-constituição de 1988, argumentamos que não é defensável considerar cientificamente terapêutico o ato de internar alguém coativamente, ou submetê-lo a tratamento ambulatorial coativo, por ordem judicial e com base na presunção

²⁸ O trabalho empírico revelou que nem sempre esse princípio é acolhido no processo penal, com inversões grosseiras da orientação principiológica. A pena de reclusão é adotada para os crimes de maior lesividade, exemplo: homicídio doloso qualificado; estupro e crimes hediondos, enquanto que a detenção é adotada para crimes que, em relação àqueles, são menos graves, exemplo: lesão corporal culposa, etc. A pena de reclusão é aquela em que o sujeito está totalmente impossibilitado de ir e vir, totalmente preso entre muros, enquanto que a detenção é apenas uma limitação de ir e vir, podendo o condenado trabalhar, estudar, etc. A detenção permite o cumprimento da pena inicialmente em regime semi-aberto ou aberto e em colônia industrial ou agrícola, também podendo ser em “casa do albergado”; já pena de reclusão é cumprida inicialmente em regime fechado e em presídio de segurança máxima ou média, com possibilidade de progressão para o semiaberto e aberto, exceto para os crimes hediondos.

²⁹ Dados do Ministério da Justiça, para 2008, apontam a existência de 26 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos no Brasil.

³⁰ O art. 2º. da Lei 10.216/2001 prescreve: “Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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”.

de periculosidade. Tampouco se sustenta, face ao direito sanitário e à Lei de Reforma Psiquiátrica, o argumento da eficácia clínica daqueles procedimentos. Não sendo, portanto, uma medida terapêutica de cunho sanitário, não há como negar que o instituto da medida de segurança como conhecemos, verdadeiro poder de seqüestro dado pelo Judiciário à Psiquiatria, se mantém não em benefício do indivíduo portador de transtorno mental, mas em favor, tão-somente, da sociedade supostamente ameaçada e agredida pelo inimputável que cometeu delito.

Se é fato que o discurso criminológico e penal traz em si grande dose de utilitarismo que o compromete com a repressão, não é de se admirar que a necessidade de defesa social seja um de seus mais caros argumentos, atualizado dia-a-dia, legitimando o Estado a agir onde o poder disciplinar não concluiu seu trabalho (RAUTER, 2003, p. 23). Que a instituição psiquiátrica, mesmo em face de seus próprios argumentos - os da reforma- persista na tarefa de esquadrinhamento e classificação do social, reaparelhando o Judiciário e avalizando a repressão e o controle social daqueles que deveria amparar e proteger, é fato que não se explica, senão pela compreensão da sua natureza mesma.

A inércia com que a justiça penal e a psiquiatria forense vêm tratando a loucura e a insanidade mental, coisificando a loucura e objetificando o louco (JACOBINA, 2008, p. 139-140), enquanto que o direito sanitário e a reforma psiquiátrica vêm inspirando práticas de resgate da sua cidadania e construção de identidade compatível com a mesma é assunto que escapa da esfera restrita do direito ou da medicina, pedindo a atenção das ciências sociais e da sociedade civil ampla, para a construção de um novo sistema de responsabilização do portador de doença ou transtorno mental compatível com os avanços observados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo analisar o discurso psiquiátrico, pensando-o no seu funcionamento enquanto instância de controle historicamente vinculada à justiça penal e nas chances da sua adequação a uma governamentalidade proposta, num contexto de controle social rígido. Por outro lado, sendo a periculosidade a noção que viabiliza as relações havidas entre justiça penal e psiquiatria, tencionamos saber quem é o indivíduo perigoso hoje, do ponto de vista da psiquiatria forense, objetivo que buscamos alcançar através da análise de laudos psiquiátricos resultantes de exames de sanidade mental, de dependência toxicológica e de verificação de periculosidade produzidos em processos criminais.

Nossa análise ateve-se aos compromissos firmados pela psiquiatria com a neutralidade científica e com uma política de controle decorrente da sua aliança com a instituição penal, bem como buscamos identificar o modelo brasileiro atual no que diz respeito ao tratamento da criminalidade e do criminoso, com foco na relação entre transtorno psiquiátrico e risco de comportamento violento, considerando os instrumentos de avaliação e as técnicas adotadas pela psiquiatria forense.

O que desde logo a pesquisa revelou é a fragilidade dos diagnósticos expressos nos laudos, comprometidos que estão com a parcialidade da avaliação e com a má qualidade da comunicação estabelecida entre perito e periciado, havida sob o peso da institucionalização, cujos efeitos negativos não foram abordados nas avaliações. Revelou também o modo estratégico e determinista de utilização dos dados biográficos e da história de vida do periciado, o que dá à perícia levada a termo o caráter teleológico que Foucault (2002) atribui ao exame psiquiátrico em matéria penal, evidenciado na apresentação que faz de comportamentos e maneiras de ser como a causa e motivação do delito, mostrando como o indivíduo, antes mesmo de praticá-lo, a ele já se assemelhava.

A pesquisa também trouxe à tona a subjetividade dos critérios de mensuração na avaliação da saúde mental, evidenciada pela insuficiência metodológica e de argumentação científica e legalmente válida na sustentação

dos diagnósticos emitidos, bem como pela ausência de demonstração de nexos causal eventualmente havido entre transtorno mental, crime e periculosidade.

O exame dos diagnósticos proferidos e os dados quantitativos levantados nos permitiram conhecer um pouco do indivíduo perigoso dos dias de hoje que é, além do clássico portador de doença ou transtorno mental, também o dependente de drogas. Mais que isso, o perfil do perigoso revelado nos laudos é o de um homem jovem, de baixa renda e pouca escolaridade, que na maior parte das vezes praticou furto ou roubo, e outros delitos de pouca monta. Ele é, enfim, o mesmo que já vem sendo encarcerado, superlotando os nossos presídios, porém aqui conduzido pelas mãos não do juiz, mas do médico.

Esta constatação nos remete à questão levantada no início da pesquisa e nos leva a apostar na fácil adequação da instituição psiquiátrica a uma proposta de governamentalidade através do crime, amparada na maleabilidade dos seus métodos e na subjetividade dos seus critérios e diagnósticos, o que os torna perfeitamente ajustáveis a qualquer posição que se adote.

Concluimos a pesquisa fazendo coro à denúncia da incontornável incompatibilidade havida entre medida de segurança e reforma psiquiátrica nos termos da Lei 10.216/2001, e apontando a inércia com que a justiça penal e a psiquiatria forense vêm tratando a loucura e a insanidade mental.

O absurdo da manutenção do instituto da medida de segurança, nos moldes em que a praticamos, nos parece inquestionável em confronto com as novas diretrizes estabelecidas pelo direito sanitário e pela reforma psiquiátrica, consoantes às garantias constitucionais conferidas ao cidadão brasileiro em geral, sem exclusão de nenhum.

Tomara possa o trabalho ora encerrado, pelo muito ou pouco que esclarece, ajudar a chamar a atenção para a urgência da construção de um novo sistema de responsabilização do portador de doença ou transtorno mental, o que, por mais difícil que se apresente, precisa ser tentado.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA-FILHO, Elias. Avaliação de risco. In: TABORDA, José G. V. et al. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 161-174.
- ALMEIDA JUNIOR, João Mendes. **Direito judiciário brasileiro**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1954.
- BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994. p. 11-40.
- BECKER, S. Howard. **Outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BIRMAN, Joel et al. **Os descaminhos da subjetividade**. Niterói: Ed. UFF, 1988.
- BRASIL. Senado Federal. Câmara dos Deputados. Código Penal, Código de Processo Penal, Legislação penal e processual penal, Constituição Federal. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 2010. (Coleção RT MiniCódigos).
- BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Sistema Prisional, INFOPEN. Estatísticas, dados consolidados 2008/2009. Brasília, 2010. Disponível em: <www.mj.gov.br>. Acesso em: 20 dez. 2010a.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EDUSP, 1998.
- CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- CHALUB, Miguel. **Introdução à psicopatologia forense: entendimento e determinação**. Rio de Janeiro. Forense, 1984.
- _____. Perícias de responsabilidade penal e dependência química. In: TABORDA, José G.V. et al. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 129-151.
- COSTA, A.M. **Criminologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1982.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DELMANDO, Celso et al. **Código penal comentado**. 5. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

DURHAN, Eunice Ribeiro. **A caminho da cidade**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FAUSTO, Boris. Estado, trabalhadores e burguesia (1920/1945). **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.20, p. 6-37, mar/1988.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: o nascimento da prisão**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **A ordem do discurso**. 16. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

_____. **História da loucura**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **Em defesa da sociedade: curso dado no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GAIO, André Moysés. Crime e controle social no Brasil contemporâneo. **Teoria e Cultura**, Revista do Mestrado em Ciências Sociais da UFJF, Juiz de Fora: Ed. UFJF v.1, n. 2, p. 45-57, 2006.

GARLAND, David. **Culture of control**. Chicago: The University of Chicago, 2001.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Ed. UNESP, 1991.

_____. **O Estado-Nação e a violência: segundo volume de uma crítica contemporânea ao materialismo histórico**. Tradução de Beatriz Guimarães. São Paulo: Ed. UNESP, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. Tradução de Dante Moreira Lima. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GONÇALVES, Hebe Signorini; BRANDÃO, Eduardo Ponte (Org.). **Psicologia jurídica no Brasil**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2009.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura**: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

JESUS, Damásio E. de. **Direito penal**: parte geral. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 1986.

_____. **Código penal anotado**. 10. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2000.

LAKS, Jerson; ENGELHARDT Elias. Exames e avaliações complementares em psiquiatria forense. In: TABORDA, José G. V. et al. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 69-75.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELLO, Laura S.; NOVAIS, Fernando A. **História da vida privada no Brasil**: cotidiano e vida privada na América Portuguesa. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Processo penal**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MORAES, Talvane; FRIDMAN, Sander, Medicina Forense, psiquiatria e lei. In: TABORDA, José G. V. et al. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-29.

MORANA, H.; MENDES FILHO, R. B. Revisão sobre os transtornos de personalidade. In: ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10** - Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

NAGIN, S. Daniel. Deterrence and incapacitation. In: TONRY, Michel **The handbook of crime e punishment**. New York: Oxford University Press, 1998. p. 12-29.

NELKIN, Dorothy; TANCREDI, Laurence. **Dangerous diagnostics**: the social power of biological information. Washington, DC: Basic Books, 1989.

PICCININI, Walmor. Apontamentos históricos sobre a psiquiatria forense no Brasil. In: TABORDA, José G.V. et al. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 31-41.

RAMBERG, Bjorn. Curando mentes, tratando cérebros. **Revista Redescrições/Revista on line** do GT de Pragmatismo e Filosofia Norte-americana, ano 1, n. 1, p. 1-17, 2009.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

_____. Diagnóstico psicológico do criminoso: tecnologia do preconceito. **Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense**, n.1, p. 9-22, 1989.

ROLIM, Marcos. **A síndrome da rainha vermelha**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

ROSE, Nikolas, the biopolitics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century. **Theory, Culture & Society**, v. 18, n. 6, p. 1-30. Nottingham: Nottingham Trent University, 2001.

BRASIL. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SILVA, De Plácido e. **Vocabulário Jurídico**. 27 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

SIMON, Jonathan. **Governing through crime: how the war on crime transformed american democracy and created a culture of fear**. New York: Oxford University Press, 2007.

TABORDA, José G. V. et al. **Psiquiatria Forense**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

VAZ, Paulo. **Risco e justiça**. Campos: Ed. Faculdade de Direito de Campos, 2004.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

_____. **Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. Brasília: Ed. UnB, 1991. v. 1

YOUNG, Jock. **A sociedade excludente: exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente**. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Revan, 2002.