

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**PRISCILLA GOMES MATHES**

**CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E MEDICALIZAÇÃO DO CRIME:  
trajetórias e tendências da psiquiatria forense**

Florianópolis - SC  
2010

**PRISCILLA GOMES MATHES**

**CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E MEDICALIZAÇÃO DO CRIME:  
trajetórias e tendências da psiquiatria forense**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Orientadora: Professora Doutora Myriam Raquel Mitjavila.

Florianópolis-SC  
2010

**PRISCILLA GOMES MATHES**

**CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E MEDICALIZAÇÃO DO CRIME:  
trajetórias e tendências da psiquiatria forense**

Dissertação julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, no Programa de Pós-Graduação de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

ORIENTADORA: Professora Doutora Myriam Raquel Mitjavila.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Professora Doutora Myriam Raquel Mitjavila  
Orientadora

---

Professora Doutora Sandra Noemi C. de Caponi  
Membro Externo

---

Professora Doutora Alicia González-Saibene  
Membro Externo

---

Professora Doutora Marli Palma Souza  
Membro

Florianópolis-SC  
2010

## AGRADECIMENTOS

À UFSC e ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

À minha orientadora e amiga, Prof<sup>a</sup> Myriam Mitjavila, pela presença em todas as horas, com muita paciência e apoio nos momentos de dificuldade, e compartilhando as alegrias. Por toda sua dedicação e pelo exemplo de profissional, meus sinceros agradecimentos e minha eterna admiração.

À minha família, sempre presente, mesmo longe. Ao meu pai, Carlos, e à minha mãe, Fátima, agradeço toda a abdicação, os ensinamentos e os exemplos do passado que me fizeram o que sou hoje. Ao meu irmão, pelo amor incondicional, pela amizade e pelo laço incontestável de confiança.

Ao Felipe, por sempre confiar em minha capacidade, pelo incentivo, pela compreensão e pela paciência. Também pelo apoio e por estar ao meu lado nos momentos em que eu mais precisava. Pelos sonhos compartilhados e pela ajuda acadêmica. Por tudo que vivemos e pelo que ainda está por vir! Não há palavra que explique nosso companheirismo, nossa amizade, nosso amor. Simplesmente, obrigada.

E a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível!

*“[...] Valeu a pena? Tudo vale a pena  
Se a alma não é pequena. [...]”  
(Fernando Pessoa)*

## RESUMO

MATHES, Priscilla Gomes. **CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E MEDICALIZAÇÃO DO CRIME: trajetórias e tendências da psiquiatria forense.** 2010, 140 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A presente dissertação tem o propósito de descrever e analisar o papel da psiquiatria forense nos processos de medicalização do crime e de criminalização da loucura, especificamente na função pericial da área criminal. A escolha do tema justifica-se tanto pela sua relevância social e acadêmica, quanto pela escassez relativa de pesquisas sobre o tema no Brasil. Nesse sentido, pode-se afirmar, junto com Freidson (1978), que a perícia e atuação pericial não têm sido ainda examinadas suficiente e/ou cuidadosamente pelas Ciências Sociais. Por outro lado, enquanto fenômeno social, a atividade forense da psiquiatria moderna encontra-se localizada em espaços nevrálgicos das relações entre indivíduos e instituições sociais. A psiquiatria só aparece como ciência médica no século XIX, com os primeiros esboços clínico-descritivos, assim como as primeiras tentativas de uma ordenação nosográfica, dando origem à Psiquiatria Clínica. E no início deste mesmo século, Esquirol já organizava uma primeira nosologia, sendo esta sobre as diversas monomanias. Ainda que já no século XVI seja obrigatória a participação de peritos médicos nos casos de morte violenta e este século seja reconhecido como o início do “período moderno da medicina legal”. É na segunda metade do século XIX que aparecem as primeiras instituições para tratamento de doentes mentais perigosos e o conceito de degenerescência é formulado por Morel. Por volta de 1876, é Lombroso que dá destaque a relação loucura e crime ao apresentar o conceito de “criminoso nato” e da relação biológica com o crime a partir da teoria da degeneração de Morel. A teoria de Lombroso contribuiu diretamente com a medicalização do crime ao inserir os médicos nos tribunais e garantir a sua imprescindibilidade. Com a negação da responsabilidade criminal dos autores de crimes e ao relacionar fatores hereditários com o crime, os médicos da época abriram caminho para a medicalização do crime. Na atualidade, observam-se dois elementos centrais para analisar a medicalização do crime, quais sejam, um processo progressivo de endogenização dos meios etiológicos, no sentido de cada vez mais procurar as causas da loucura e do crime no indivíduo, constituindo a personalidade criminosa existente nos nossos dias; e a onipresença do diagnóstico do transtorno de personalidade anti-social vinculado à periculosidade e à criminalidade, reatualizando o “criminoso nato” tornando este indivíduo o degenerado dos dias de hoje.

**Palavras-chave:** Medicalização Social; Medicalização do Crime; Criminalização da Loucura; Psiquiatria Forense; Perícia; Serviço Social

## ABSTRACT

This dissertation aims to describe and analyze the role of forensic psychiatry in the process of medicalization of crime and the criminalization of madness, specifically the role of expert criminal area. The choice of theme is justified as much for its social relevance and academic, as the relative scarcity of research on the subject in Brazil. Accordingly, it can be stated, along with Freidson (1978), that the expertise and expert performance have not yet been sufficiently examined and / or carefully by the Social Sciences. Moreover, as a social phenomenon, the forensic activity of modern psychiatry is located in spaces nerve relations between individuals and social institutions. Psychiatry appears only as a medical science in the nineteenth century, with the first sketches clinical-descriptive, as well as the first attempts at ordering a disease entity, resulting in Clinical Psychiatry. And earlier this century, Esquirol has organized a first nosology, which is about the various monomaniacs. Although already in the sixteenth century is compulsory participation of medical experts in cases of violent death and this century will be recognized as the beginning of the "modern era of forensic medicine." It is in the second half of the nineteenth century that appear the first institutions for the treatment of mentally ill and dangerous concept of degeneracy is made by Morel. By 1876, it Lombroso that emphasizes the relationship between madness and crime by presenting the concept of "born criminal" and biologically related to the crime from the degeneration theory of Morel. Lombroso's theory has contributed directly to the medicalization of crime by entering the doctors in the courts and ensure that they are indispensable. With the denial of criminal responsibility of perpetrators of crimes and the hereditary factors relate to the crime, the doctors of the day gave way to the medicalization of crime. Currently, there are two key elements to analyze the medicalization of crime, namely, a gradual process endogenization media etiological to increasingly seek out the causes of insanity and crime in the individual, being the existing criminal personality nowadays, and the omnipresence of the diagnosis of personality disorder antisocial linked to danger and crime, reviving the "born criminal" this guy making the degenerate of today.

**Keyword:** Social Medicalization; Medicalization of Crime; Criminalization of Madness; Forensic Psychiatry, Social Work

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>I. O SABER MÉDICO E MEDICALIZAÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL .....</b>	<b>12</b>
<b>II. PSIQUIATRIA E LOUCURA: UM BREVE PANORAMA HISTÓRICO.....</b>	<b>23</b>
2.1. Aspectos relevantes da trajetória sócio-histórica da Psiquiatria Forense.....	32
2.2. Sobre a trajetória do contexto institucional da Psiquiatria Forense no Brasil.....	48
2.3. Sobre a trajetória das funções forenses da psiquiatria no Brasil.....	53
<b>III. O PAPEL ARBITRAL DA PSIQUIATRIA FORENSE: medicalização, desmedicalização e re-medicalização da criminalidade como objeto da psiquiatria...66</b>	
3.1. Responsabilidade, Periculosidade e Inimputabilidade: conceitos chaves para a medicalização do crime.....	72
3.2. Os modelos etiológicos: a degenerescência ontem e hoje.....	81
3.3. Os crimes da loucura e a loucura do crime: o “acting out” .....	83
3.4. Os laudos psiquiátricos: uma leitura etnográfica.....	85
<b>IV. A PSIQUIATRIA FORENSE E A PREVENÇÃO DA PERICULOSIDADE CRIMINAL.....</b>	<b>108</b>
4.1. A noção de transtorno mental e a ampliação do campo de objetos da psiquiatria forense.....	115
4.2. O papel do diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social na medicalização da pobreza e de “desvios” comportamentais.....	117
4.3. Avaliação de risco em torno da periculosidade criminal.....	120
4.4. Tendências e desafios para as profissões do campo social.....	123
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>



## INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem o propósito de descrever e analisar o papel da psiquiatria forense nos processos de medicalização do crime e de criminalização da loucura, especificamente na função pericial da área criminal. A escolha do tema justifica-se tanto pela sua relevância social e acadêmica, quanto pela escassez relativa de pesquisas sobre o tema no Brasil. Nesse sentido, pode-se afirmar, junto com Freidson (1978), que a perícia e atuação pericial não têm sido ainda examinadas suficiente e/ou cuidadosamente pelas Ciências Sociais.

Por outro lado, enquanto fenômeno social, a atividade forense da psiquiatria moderna encontra-se localizada em espaços nevrálgicos das relações entre indivíduos e instituições sociais. Com efeito, esfera da justiça tem desempenhado historicamente um papel bastante relevante quanto à construção e regulação das relações entre indivíduos e instituições sociais, através de processos que atingem praticamente todas as áreas de funcionamento da vida social (infância, juventude, família, atividade econômico-financeira, crime, etc.). De acordo com as mudanças ocorridas nas últimas décadas, o papel do judiciário vem experimentando um conjunto de transformações e de novos desafios como instituição social. Na realidade, essas mudanças implicam em um conjunto de desafios para as profissões que atuam no campo sócio-judiciário, inclusive a historicamente bem estabelecida Psiquiatria Forense. (FARIA, 2001; MITJAVILA, 1999).

A escolha da área criminal fundamenta-se no seu caráter matricial, tanto para a incorporação de conhecimento científico-técnico aos processos modernos de administração de justiça como para a construção dos próprios domínios disciplinares de alguns campos de conhecimento e de intervenção profissional vinculados ao julgamento de crimes e administração de penas, como seria o caso da psiquiatria forense, da psicologia e do serviço social (DARMON, 1991). Interessa, portanto, situar a atividade forense da psiquiatria no interior da problemática mais ampla que remete aos processos por meio dos quais as instituições modernas se apóiam em agentes, saberes e mecanismos para avaliar ou julgar indivíduos ou situações de acordo com imperativos e normas estratégicas na

construção da ordem social. (FOUCAULT, 1987; FOUCAULT, 1992; ELIAS, 1994; DOUGLAS, 1990; MITJAVILA, 1999).

Cabe destacar que não se parte aqui de uma definição *a priori* de área criminal, mas de categorias e conceitos que podem nos auxiliar na apreensão dos contornos bem como das condições sócio-políticas, culturais e técnicas que estruturam a prática profissional da psiquiatria forense nos processos de trabalho vinculados à gestão de comportamentos que envolvem, em termos de respostas sociais, a utilização de sistemas normativos e mecanismos judiciais de controle social, sejam eles de natureza punitiva ou educacional.

Com isso, os trabalhos produzidos por Michel Foucault, principalmente aqueles em que discute o *saber* psiquiátrico (A História da Loucura, 2005; O Poder Psiquiátrico, 2006; Os Anormais, 2001), representaram uma contribuição imprescindível na abordagem do tema, constituindo uma fonte de inspiração para formular a pergunta de pesquisa que orientou o presente trabalho e que pode ser formulada da seguinte maneira: *Qual têm sido a trajetória da psiquiatria forense em termos do papel pericial desempenhado na medicalização do crime e criminalização da loucura e seus desdobramentos na atualidade?*

Contudo, não se pretendeu aqui realizar um estudo historiográfico; procurou-se, sim, identificar as principais trajetórias da psiquiatria em sua função forense, a partir de uma indagação de caráter sócio-histórico que buscou indícios para alcançar uma melhor compreensão de seu papel na construção da ordem institucional moderna e seus desdobramentos em matéria de produção de saber em torno das relações entre loucura e criminalidade, particularmente no que se refere ao duplo processo de medicalização do crime e criminalização da loucura.

A partir dessa perspectiva, o objetivo geral da pesquisa é consistiu em descrever e analisar o perfil da psiquiatria forense em função dos princípios que organizam sua compreensão das relações entre loucura e criminalidade, colocando a ênfase nas funções desempenhadas por esse tipo de saber na construção, através dos processos de medicalização, de ambos os fenômenos. Para tanto, tem-se como objetivos específicos (i) apresentar as origens e trajetórias da medicalização da loucura; (ii) identificar os modos de estruturação do saber psiquiátrico na função pericial; (iii) problematizar a função pericial do ponto de vista dos efeitos medicalizadores e das relações de saber e poder envolvidas.

Metodologicamente, trata-se de um trabalho de caráter monográfico, no sentido de tentar abordar de forma mais ou menos abrangente e aprofundada a temática proposta, com

apoio na literatura e em resultados de pesquisas empíricas recentes, visando utilizá-las para fins de ilustração de conceitos e hipóteses. Inclui também como estratégia metodológica a observação documental de um conjunto de laudos de sanidade mental e de cessação de periculosidade emitidos por psiquiatras forenses do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, selecionados com a finalidade de identificar tanto transformações quanto permanências dos modos de estruturação e do campo semântico dos discursos forenses sobre loucura e criminalidade ao longo das quatro últimas décadas.

O trabalho consta de quatro capítulos. O primeiro capítulo dedica-se a analisar as principais características e tendências dos processos de medicalização da vida social. Pretende-se demonstrar que a medicalização do crime se inscreve, em grande medida, no processo mais amplo de expansão do saber e do poder médicos nas sociedades modernas. Em particular, são analisados aqueles aspectos dos processos medicalizadores que se referem à categorização e controle social de condutas anormais em diversos domínios da vida social, devido à centralidade que esses objetos adquirem na institucionalização da psiquiatria forense como área de saber e como profissão. (MITJAVILA, 1998; CAPONI, 2009).

No segundo capítulo, apresentam-se as principais trajetórias do processo de profissionalização da psiquiatria de forma geral, e em sua função forense no campo criminal em particular. A ênfase é colocada na identificação das principais influências epistêmicas, ideológicas e políticas que influenciaram a constituição e as trajetórias da psiquiatria forense no Brasil. Neste sentido, as idéias de Lombroso e Morel e sua absorção por figuras de destaque no cenário nacional são resgatadas com a finalidade de compreender as estratégias interpretativas sobre as relações entre loucura e criminalidade que, em grande medida, influenciaram os rumos e as formas de atuação da psiquiatria forense no país.

No terceiro capítulo, apresenta-se uma descrição do campo de objetos de conhecimento e de intervenção da psiquiatria forense na área criminal, dos que se organizam em torno da avaliação da responsabilidade e periculosidade criminais e suas relações com a saúde mental. O foco da análise é constituído pelo processo de emissão dos laudos psiquiátricos de insanidade mental (para determinação de (in)imputabilidade) e de cessação de periculosidade (dos indivíduos que cumprem medida de segurança em hospital de custódia em virtude da periculosidade criminal presumida por lei). A importância do

processo de produção desses laudos reside no seu caráter de prova judicial no âmbito do julgamento e eventual condenação do indivíduo. (PERES; NERY FILHO, 2002).

No quarto e último capítulo, discutem-se os processos mais recentes de ampliação do campo de objetos da psiquiatria forense, principalmente a partir da incorporação da noção de transtorno mental. Destaca-se a importância que assume na psiquiatria forense o diagnóstico de transtorno da personalidade anti-social (TPAS) para a medicalização de diferentes tipos de criminalidade e de comportamentos que são avaliados em função do seu caráter “perigoso” dos pontos de vista social e criminal. Observa-se aqui que, até certo ponto, o diagnóstico de TPAS possivelmente tenha se convertido no herdeiro tardomoderno da teoria da degenerescência moral do século XIX.

O trabalho conclui com algumas reflexões acerca do papel da psiquiatria forense nos processos mais amplos de constituição de saberes e de estratégias de gestão das relações entre loucura e criminalidade nas sociedades modernas, seus desdobramentos em termos de desafios para outras profissões que, como seria o caso do Serviço Social, participam nesse mesmo espaço.

## I. O SABER MÉDICO E MEDICALIZAÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL

O saber médico está presente em várias esferas da vida social. E é exatamente essa relação entre a medicina e a sociedade que o conceito da medicalização da vida social comporta. Esse conceito refere-se especificamente a ampliação dos espaços de aplicação do poder e saber médicos, fundamentalmente através de funções de controle social e socialização (MITJAVILA, 1998).

O termo medicalização é empregado nas ciências sociais para referir-se

a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios. (MENÉNDEZ, 1985 apud MITJAVILA, 1998, p. 2).

O fenômeno da medicalização tem se estendido à um amplo leque de situações e condições sociais, o que revela que “(...) a saúde, a doença e o corpo começam a ter bases de socialização e, simultaneamente, convertem-se em instrumentos de socialização dos indivíduos.” (FOUCAULT, 1976, p. 154), Ademais de orientar-se por objetivos de cura real ou imaginária, a literatura sobre o tema tem destacado o caráter normalizador do saber médico. (MITJAVILA, 1998, p.4).

Assim, de acordo com Luz (1988), a medicalização é um processo em que a medicina apropria-se do modo de vida dos seres humanos de forma tal que passa a interferir na construção de normas, costumes, conceitos, regras e comportamentos sociais. Nesse sentido, pode-se afirmar que a medicalização assume caráter político ao intervir no espaço social. (MITJAVILA, 1998, p.08).

Esse tipo de controle é exercido pelas sociedades sobre os corpos e nos corpos, o que converte a medicina em uma estratégia biopolítica, sendo este o conceito que Foucault (1978, p. 170) utiliza “para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana”. É nesse espaço da biopolítica que “o poder de morte aparece como complemento de um poder que se exerce positivamente sobre a vida, que

procura administrá-la, aumentá-la, exercer sobre ela controles precisos e regulações gerais.” (FOUCAULT, 1978, p. 165).

Para Illich (1987 apud MITJAVILA, 1998, p.10) a medicalização produz efeitos negativos nas condições de saúde dos indivíduos, devido ao caráter iatrogênico da medicina. Este caráter iatrogênico manifesta-se nas dimensões clínica (substituindo o autocuidado pela administração heterônoma da saúde), social (com os indivíduos experimentando a perda do controle das condições em que estão inseridos) e cultural (interferindo na relação indivíduo e sofrimento). Para este autor, a medicalização impede o exercício individual do auto-cuidado, através do monopólio médico da cura e também se alastra pelo tecido social de forma uniforme, “mediante la estandarización del conocimiento y de la intervención sanitarias.” É praticamente impossível que os indivíduos não estejam expostos aos “procesos colonizadores de la medicina.” (MITJAVILA, 1998, p. 11).

Para Poli Neto (2007), a medicalização pode ser definida como um tipo de processo que consiste na assimilação ou introdução no campo de objetos da medicina de diversas anomalias. Mas a noção de medicalização apresenta um caráter polissêmico, na medida em que existem diversos significados atribuídos ao termo, tendo sido utilizado para denotar questões tais como a “ampliação da jurisdição médica na sociedade, aumento do número de médicos e de empresas médicas, maior dependência da população de serviços médicos ou de medicamentos, entre outras”.

Porém, foi a forma de “medicalização de condutas classificadas como anormais” a que se estabeleceu em “praticamente todos os domínios de nossa existência.” (CAPONI, 2009, p.530). Assim, o binômio normalidade/anormalidade aparece como um substrato comum à maior parte dos processos medicalizadores. A norma em Foucault (1992, p.181 apud CAPONI, 2009A, p. 535) é o “elemento que circula do disciplinar ao regulador, que se aplica ao corpo e às populações e que permite controlar, ao mesmo tempo, a ordem do corpo e os fatos de uma multiplicidade humana”. O conceito de *normalidade* utilizado pela medicina moderna não pode ser separado do que “em determinado momento se reconhece como sendo a média ou frequência estatística de uma população. Aí começam a aparecer as dificuldades dessas tentativas de definir, em termos ‘científicos’, normalidade e saúde.” (CAPONI, 2009A, p. 535). Com a associação da saúde à normalidade, definindo esta última como frequência estatística, será patologia toda anomalia que fuja do “normal”. Sendo assim, será também alvo de intervenção curativo-terapêutica. Esse

patológico implica, segundo Canguilhem (1990, p. 187 apud CAPONI, 2009A, p.536), em “um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada”.

Em fins do século XVIII, a medicina avança no processo de medicalização da loucura, o que não significa que nesse período haja uma total confiscação da loucura por um olhar médico. No entanto,

implica na definição, através da instituição médica, de um novo *status* jurídico, social e civil do louco (...) A internação em um ‘estabelecimento especial’ é o elemento determinante que condiciona esse *status*. (CASTEL, 1978, p. 55-56).

Isso significa que durante muito tempo não será essencial a “relação médico-doente”, mas sim a “relação medicina-hospitalização”, relação esta que implica no surgimento de um “novo tipo de poder na instituição”, assim como o “desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar”.

Entretanto, mais do que esses desenvolvimentos da teoria e da prática em matéria de loucura, o que indica, nas vésperas da Revolução, os progressos de sua medicalização, é o anúncio do reconhecimento de uma competência do médico para intervir nas questões sociais colocadas pela loucura. **Através do papel de perito que passou a desempenhar, o médico começou a se transformar numa personagem central de uma problemática indissociavelmente médica e social.** (grifo nosso). (CASTEL, 1978, p. 57)

A medicalização da loucura aparece também a partir do século XIX no Brasil, junto com a consideração do crime como doença, a qual passou a ser lugar comum em todo o discurso médico. Inclusive, cogitava-se “a conversão da Casa de Detenção em Instituto Médico Criminal.” (REBELO, 2007, p.201). Alguns, ainda, defendiam que os presídios não deveriam separar seus detentos de acordo com seus delitos, mas, sendo como hospitais, deveriam ter seus internos separados segundo “a natureza do seu estado degenerativo”. Esse tipo de lógica permite a inserção da medicina nas instituições prisionais, dando origem a medicalização do crime. (REBELO, 2007, p.201).

Na realidade, através da medicalização do social, a medicina se espalha e adentra em todas as áreas da vida dos indivíduos.

A medicina investe sobre a cidade, disputando um lugar entre as instâncias de controle da vida social. (...) a presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas (...) A figura da medicina como instrumento técnico-científico a serviço, direta ou indiretamente, do Estado. (Machado, 1978, p.68).

No início do século XX, a medicina era mais do que uma área técnico-científica, pois ela também se preocupava com questões do âmbito social e, ainda, moral, configurando-se como uma ciência do campo social, enquanto que ainda nem havia faculdade de ciências sociais no Brasil. (REBELO, 2004).

É possível utilizar o termo *medicalização* a praticamente qualquer assunto que envolva a vida em sociedade e que se encontre ao alcance do olhar e do pensamento médico. Assim, é possível falar de “medicalização da moral, da atividade sexual, da morte, da sociedade, ou ainda, fala-se em ‘socialização da medicina’.” Os médicos sempre se interessaram em determinar normas de comportamento para a vida das pessoas, que abarcam desde a vestimenta até a conduta sexual, entre outros. Nesse contexto, eles passaram a ser reconhecidos como conselheiros, peritos, responsáveis por ensinar regras de higiene, as quais seriam imprescindíveis para a saúde individual e coletiva e por isso deveriam ser respeitadas (REBELO, 2004, p. 15).

A prisão tem sido, desde o século XVIII, um espaço privilegiado para a normatização e moralização dos indivíduos. Com isso, três foram os momentos históricos marcantes desse processo nas prisões, quais sejam, o isolamento do indivíduo como estratégia político-moral; a inclusão do trabalho obrigatório, com visão economicista; e o técnico-médico, responsável pela cura e pela normalização dos indivíduos. (REBELO, 2004). Ou, como apresenta Foucault (2002, p.208): “Primeiro a cela, depois a oficina e por último o modelo hospitalar”

De essa forma, o processo de medicalização do espaço prisional se dará através da transformação desse local de um simples cumprimento de pena para a construção do que pode ser chamado de *saber clínico sobre o condenado* como técnica disciplinar. (REBELO, 2004).

A justiça criminal também faz parte desse processo e

tem seu ponto de formação na técnica disciplinar gerada pela ordem médica. É com a disciplina que o hospital, assim como a prisão, passa a ser local de formação de um saber sobre os corpos. Este saber será elaborado através da observação sistemática, da acumulação de documentos, da organização de campos comparativos para se estabelecer normas e, de acordo com estas normas, decidir quem é inocente e quem é criminoso, quem é doente e quem é são, quem é louco e quem é normal. (REBELO, 2004, p.61).

A antropologia criminal tem desempenhado um papel fundamental na sustentação dos processos de medicalização do crime e de criminalização da loucura., inicialmente por



meio do surgimento e fortalecimento da medicina legal como disciplina. Assim, por exemplo, na busca pela prevenção do crime, as teorias sobre biotipologia abriram espaço para que se acreditasse que as tendências criminosas de um indivíduo poderiam ser tratadas. (REBELO, 2004).

No século XIX, a medicina social esteve presente nas relações familiares, medicalizando essas relações através das suas políticas de higienistas. A família passou a ser avaliada como não sendo capaz de cuidar da vida de crianças e adultos, devido à observação de altas taxas de mortalidade infantil e as condições sanitárias precárias dos adultos. Com isso, os médicos higienistas conseguiram

impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. (...) Converteu, além do mais, os predicados físicos, psíquicos e sexuais de seus indivíduos em insígnias de classe social. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa. (COSTA, 1999, p. 12-13).

A educação física se efetivou através da defesa do corpo saudável em oposição ao corpo doentio do período colonial, o que gerou preconceito entre classes e o racismo graças a esse corpo representante da classe burguesa. A educação moral não foi menos efetiva, secularizando medicamente a mentalidade das pessoas, extinguindo castigos corporais não apenas dos colégios como também das casas, pois a norma ideal é a do indivíduo polido e bem educado.

A educação intelectual conduzida pela higiene ajudou a refinar e a cultivar cientificamente a primitiva sociedade colonial. Mas, desde então, o nível de instrução e a capacidade intelectual entraram na era da competição, caucionada não só pela ordem econômica mas também pela ciência médica. (COSTA, 1999, p. 14).

Já a educação sexual objetivava fazer com que homens e mulheres passassem a ser reprodutores e cuidadores de seus filhos. Na verdade, a sanidade física da família burguesa melhorou com essa recondução da sexualidade masculina e feminina, pois se valorizaram as funções sócio-sentimentais no papel de pai e mãe, gerando também um forte desenvolvimento de repressão sexual intrafamiliar. Já o amor entre pais e filhos atingiu o ápice desejado pelos higienistas, de tal forma que estes passaram a estar sempre presentes para auxiliar esses pais sempre com receios e dúvidas quanto a criação de seus filhos. Assim, os especialistas se mantêm presentes para apresentar quais são os excessos e as faltas de amor dos pais. (COSTA, 1999).

O que se pode concluir desse processo de medicalização da família é que “a norma familiar produzida pela ordem médica solicita de forma constante a presença de intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização.” (COSTA, 1999, p. 15). Na verdade, segundo Costa (1999), é exatamente por essa norma introduzida nas famílias do século XIX que na atualidade questiona-se a desagregação familiar, a qual é consequência da educação higiênica. Esta desagregação aparece como uma nova oportunidade da medicina utilizar recursos terapêuticos para resolver esse novo problema familiar, através de terapias, pedagogias terapêuticas, remédios e outros, desconsiderando o fato social presente nesse processo de desagregação, e redobrando as medidas terapêuticas de controle.

Com essa regulação, as pessoas adaptam-se à ordem do poder abandonando condutas consideradas inaceitáveis e passam a adotar novas características, tanto sentimentais quanto corporais e sociais. De fato, o Estado moderno se utiliza de equipamentos de normalização para assim solucionar urgências políticas e efetivar seus interesses, o que ocorre, na fala de Costa (1999, p.50), segundo Foucault, a partir do século XIX graças à “invasão progressiva do espaço da lei pela tecnologia da norma.”

Essa ação normalizadora apresenta-se atuando sobre a loucura para garantir a integridade no espaço democrático-burguês do contrato social, pois o louco rompe o contrato social com relativa frequência devido a seu estado de alienação. Por ser reconhecidamente irresponsável, seu comportamento não deveria ser punido segundo os princípios do liberalismo, logo ele passará a ser punido através do dispositivo médico através da tutela psiquiátrica. Assim, penaliza-se a loucura sem ofender as idéias presentes em um espaço democrático. (COSTA, 1999).

Os processos de medicalização da vida social exibem todo o poder da medicina técnico-científica para aparecer como o principal expoente na obtenção do reconhecimento como autoridade experta. Isso é possível na medida em que a medicina detém o monopólio para definir o que é doença e para tratá-la, monopólio este que se edifica com aprovação oficial, ainda que esse fenômeno tenha adquirido tamanha força recém a partir do século XIX.

O interesse que o tema da medicalização desperta nas ciências sociais reside “na sua propriedade de exprimir a tendência do saber médico a revelar que ‘...a saúde, a doença e o corpo começam a ter bases de socialização e, simultaneamente,

convertem-se em instrumentos de socialização dos indivíduos’.” (FOUCAULT, 1976 apud MITJAVILA, 1999, p. 9).

Isso ocorre devido à função normalizadora do saber médico, ou seja, a medicalização ocorre a partir da classificação, avaliação e caracterização de inúmeros atributos da vida individual e coletiva em termos de normalidade-anormalidade. Esse critério de normalidade indica que tanto o conhecimento quanto a prática médicas instituem normas.

Haveria, segundo Crawford (1980 apud MITJAVILA, 1999), “duas acepções da noção de medicalização: uma que se refere às funções de substituição e de complementaridade com outras competências institucionais, e outra que dá conta da expansão da medicina, apelando a critérios de prevenção.”

Destas, a primeira diz respeito à crescente intervenção da medicina no *setor de condutas socialmente desviadas*, as quais em períodos precedentes eram objeto de controle fundamentalmente por parte do direito e da religião, substituindo noções de pecado ou tabu por outras que pertencem ao universo das doenças, transtornos e anormalidades..

Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado, y aun pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a ala imputación de enfermedad. Las cadenas se rompieron y por todos lados el profesionalismo de la salud se erigió para legitimar la reivindicación de que la conducta adecuada ante la desviación es el <tratamiento> en las manos de una profesión responsable y diestra. (FRIEDSON, 1978 apud MITJAVILA, 1999, p.12).

Já o segundo sentido refere-se ao aumento de problemas sociais que passam a ser definidos de acordo com o binômio doença/saúde. Assim, o saber médico adentra na vida cotidiana dos indivíduos e passa a fazer parte da definição de *estilos de vida*.

Quanto aos fatores que tem historicamente influenciado os processos medicalizadores do social, é o controle sobre os indivíduos que ganha destaque. Isso porque o corpo, no século XIX, é uma realidade biopolítica enquanto que a medicina é uma estratégia biopolítica. (MITJAVILA, 1999).

De acordo com Mitjavila (1999), as bases sociopolíticas da medicalização do espaço social podem ser localizadas em três tipos de fontes:

1. Medicalização de problemas referentes às condições de vida dos setores subordinados como mecanismo facilitador da reprodução social da força de trabalho.
2. Normatização medicalizadora como base para a economia política da medicina, pois a saúde é, na prática, desejo de uns enquanto que é lucro para outros.
3. Medicalização como campo socializador de elementos simbólicos que integram um sistema de dominação.

Por outra parte, os processos de medicalização “podem ser analisados segundo o tipo de estratégia que articula o saber e a prática médicos com esferas institucionais mais amplas. De acordo com esse critério, podem ser identificados três tipos de estratégias sanitárias: *punitivas*, *arbitrais* e *socializadoras*. (grifo do autor)” (MITJAVILA, 1999, p. 17).

As estratégias punitivas referem-se às práticas técnico-políticas voltadas para a aplicação de sanções a indivíduos em virtude de desvios de conduta ou que representam algum tipo de ameaça social. As estratégias socializadoras reúnem o conjunto de mecanismos para regular e controlar as condutas dos indivíduos através do tipo de estrutura de vigilância panóptica que Foucault denomina de somatocracia. Já as estratégias arbitrais na área da medicina compreendem os procedimentos referentes à emissão de juízos ou também pronunciamentos quanto aos atributos individuais, como responsabilidade penal ou aptidão laboral. É exatamente no contexto desta estratégia que podem ser localizadas as práticas forenses da medicina em geral e da medicina psiquiátrica, em particular. (MITJAVILA, 1999).

Cabe destacar aqui que

o saber médico não é o único tipo de saber que participa na construção do campo sanitário, como também não é o único que faz parte das estratégias discursivas da medicalização da sociedade. No entanto, sua preeminência é tão marcante que constitui um fato inquestionável para os especialistas do tema. (MITJAVILA, 1999, p. 22).

Diante disso, três aspectos do saber e da prática médicas precisam ser destacados como bases medicalizadoras da sociedade (MITJAVILA, 1999):

1. **A autonomia do saber médico** – A autonomia deste saber relaciona-se a seu caráter profissional, autonomia esta que é concedida pela sociedade e tem seu alcance no direito *exclusivo* para determinar quem pode realizar esse trabalho e como deve ser feito. Concedida pela sociedade, a autonomia não é um atributo natural, mas socialmente construído. Assim, “a autonomia relativa da medicina de intervir sobre a vida social deriva dos graus de liberdade que aquelas exigências admitem.” (MITJAVILA, 1999, p. 24). Em diversos contextos, a autonomia desse saber resultado de negociações políticas de convencimento social a respeito da importância e necessidade do privilégio dessa auto-regulação da medicina técnico-científica, o que aparece na prática como reconhecimento e proteção estatal representados do saber e das práticas médicas. Essa autonomia técnica é a matriz dos outros aspectos da soberania médica, como a deslegitimação e/ou subordinação de outros saberes e práticas terapêuticas. E é por causa dessa autonomia e desse monopólio que a medicina tem influência sobre outras esferas do social.

2. **As características da autoridade e do poder médicos** – Assim como a autonomia garante à medicina o direito de medicalizar, essa autonomia converte-se em uma fonte de poder. A essência da autonomia consiste no poder de definir e formular as regras que determinam o que é verdade ou não em um dado domínio. Como analisou Foucault, essa foi uma característica que tornou possível o nascimento da clínica e constitui, epistêmica e sociologicamente um elemento decisivo do seu desenvolvimento como campo de conhecimento e de exercício do poder.

3. **A natureza técnica da medicina, principalmente quanto às condições de produção e aplicação do seu conhecimento nos problemas codificados como doença e saúde** – Através dessa característica que Freidson (1978) sintetiza na noção de “mentalidade clínica”, a medicina consegue cientificar um conjunto considerável de enunciados que, frequentemente, transportam um forte conteúdo moral ou ideológico diante dos seus objetos. Outra característica das disciplinas técnicas como a medicina seria a tendência a intervir, em função de um tipo de racionalidade pela qual é sempre melhor fazer algo do que não ter feito nada. A

clínica lida permanentemente com a incerteza, com eventos únicos e irrepetíveis e, por isso, na prática médica geralmente resulta preferível imputar uma doença a não percebê-la.

É preciso ressaltar ainda a dimensão cultural do poder médico. Esta dimensão refere-se ao fato de que reconhecer o saber médico como uma forma de conhecimento qualificado está diretamente relacionado com a sua autoridade cultural, pois muitas vezes é a partir dessa autoridade que se forma e se amplia a autoridade social da medicina, como por exemplo a aceitação da medicina atuando na função arbitral.

En su función de autoridades culturales, los médicos emiten juicios autorizados sobre lo que constituye enfermedad o falta de cordura, evalúan la actitud de las personas para desempeñar determinados trabajos, determinan la incapacidad de los heridos, certifican muertes, e inclusive valoran después de la muerte si la persona tuvo o no capacidad en el momento de hacer testamento. Estos juicios profesionales tienen consecuencias en tribunales, ante patronos y autoridades sociales en general. En estas situaciones, se supone que el médico debe concretarse a presentar los hechos; otras personas decidirán qué hacer al respecto (...) En este terreno, la autoridad médica es un recurso que sirve tanto al orden social como a la profesión y a sus clientes. (STARR, 1991, p. 29-30 apud MITJAVILA, 1998, p. 35).

Ainda que de forma geral se tenha pronunciado um possível declínio do prestígio social do médico, colocando em xeque a existência da autoridade cultural do saber médico, indícios apontam que a autoridade cultural da medicina permanece, principalmente no que diz respeito à confiança que as principais instituições sociais depositam na profissão médica. (MITJAVILA, 1998; SANTA MARTA, 1997; BAYCE, 1993).

A autoridade cultural, não só do saber médico mas de qualquer saber, deverá estar voltada para o cumprimento de valores que são essenciais no conjunto social. A saúde sempre cumprirá com esse requisito, e é exatamente em nome da saúde que a medicina justificará toda a sua intervenção na vida social. Essa autoridade cultural da medicina detém alguns atributos, dentre os quais cabe citar o juízo e a intervenção orientados a um valor comum –a saúde –; a competência e o conhecimento profissional validados pelos pares; o conhecimento do saber médico baseado em fundamentos racionais e científicos. (STARR, 1991 apud MITJAVILA, 1998).

Com isso, a medicina exerce a prevenção, o diagnóstico e a correção de condutas desviadas graças à autoridade que lhe é confiada pela sociedade. Ou seja, a autoridade cultural define-se como um atributo muito importante para o saber médico. “En ese

sentido, la legitimidad de la medicina se convierte en un fundamento más de los procesos de medicalización del espacio social.” (MITJAVILA, 1998, p. 37).

Nos próximos capítulos pretende-se, precisamente, demonstrar que os processos de medicalização da criminalidade por parte da psiquiatria forense exibem, em grande medida, os atributos dos processos medicalizadores em termos similares aos até aqui examinados. Entre eles, a ênfase será colocada no caráter sócio-histórico dos processos medicalizadores, e no tipo de racionalidade que estrutura a colonização médica do crime, tentando identificar suas principais tendências e significados para compreender o papel da medicina psiquiátrica nas sociedades modernas.

## II. PSIQUIATRIA E LOUCURA: UM BREVE PANORAMA HISTÓRICO

A configuração da psiquiatria, como campo de saber e de exercício de poder, teria suas origens, de acordo com Foucault (2006), nos primeiros anos do século XIX, sob a forma de uma “protopsiquiatria”, a qual carecia ainda de uma natureza propriamente terapêutica, mas já se constituía como uma forma particular de administrar e de gerir a loucura. Nessa época, o psiquiatra é caracterizado como “alguém que dirige o funcionamento do hospital e os indivíduos.” (2006, p.218).

Mas, para alguns historiadores, as origens da psiquiatria remontam-se à mesopotâmia, ao Egito, aos hebreus, aos persas e ao extremo oriente, por volta de 3000 anos A.C., ou seja, às formas de tentar aliviar o sofrimento psíquico e físico das pessoas que se iniciam com a figura do médico-feiticeiro, geralmente considerado o primeiro curador socialmente reconhecido (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

Contudo, é com Hipócrates (460-377 A.C.) que se considera que a medicina técnico-científica realmente se perfila como tal, ao ponto do próprio Hipócrates ter sido definido como o “*primeiro autêntico psiquiatra* da civilização greco-romana” (MELO, 1979, p. 5). Com ele inicia-se uma reação contra as crenças mágicas que predominavam na que era considerada medicina até então. Ainda que na Grécia anterior a Hipócrates já se reconhecesse a loucura e sua significação não mítica, foi com ele que vários vocábulos e conceitos utilizados para denotar a noção de doença mental foram elaborados, como epilepsia, histeria, mania e paranóia. (MELO, 1979).

Foi a partir das filosofias gregas que o pensamento romano se estruturou. No entanto, a medicina romana refletia o pragmatismo de seu povo, gerando uma preocupação em dar uma resposta física imediata aos problemas dos pacientes, como banhos quentes, massagens, choque com enguias elétricas, de forma tal que a anatomia e a fisiologia não foram alvo de grande interesse por esse povo. Cícero (106-43 A.C.) foi quem questionou a relevância da doença mental e sua centralidade nos problemas do corpo, pois, para ele, as doenças corporais poderiam ter origem em fatores emocionais. Ao tentar encontrar as diferenças entre as doenças corporais e as doenças mentais, ele reconheceu que



a mente e o corpo são diferentes; embora a mente quando em perfeita saúde possa ser visitada por doença, da mesma maneira como pode o corpo (...). Isso porque todas as desordens e perturbações da mente procedem de um descuido da razão; essas desordens são, portanto, limitadas aos homens; os animais irracionais não estão sujeitos a tais perturbações (...).(WHITWELL, 1936 apud ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p. 79).

Idéia esta imprescindível à psiquiatria moderna, visto que foi o primeiro a reconhecer a responsabilidade humana sobre seu comportamento.

Enquanto que no início do período medieval havia uma preocupação com os doentes mentais, e a assistência a estes era considerada responsabilidade coletiva, inclusive com o surgimento de um dos primeiros asilos, o Bethlehem Hospital, criado em Londres. Porém, no século XIV há uma mudança na percepção da loucura e os doentes mentais passam a ser considerados feiticeiros e a sofrer perseguições. Nessa época, todo aquele que não se pudesse curar com medicamento teria a sua doença causada pelo demônio, e por isso era perseguido. (ALEXANDER; SELESNICK, 1968).

No período da Inquisição a loucura foi predominantemente tratada como uma manifestação do sobrenatural e demoníaco. Classificando-a como bruxaria, o tratamento dado aos doentes mentais era a mesma perseguição reservada aos hereges. Com a forte presença da Igreja no ideário social, esse movimento de caça às bruxas visava manter a exclusividade do catolicismo como crença religiosa. Dessa forma, hereges, divergentes da ideologia cristã, loucos, bruxos e feiticeiros eram considerados passíveis de perseguição. Os loucos nesse período da história eram reconhecidos como feiticeiros que portavam em si supostas doenças mentais. Porém, com a diminuição do poder eclesiástico, abriu-se espaço para o surgimento de um novo olhar sobre loucura. Dessa forma, já no século XVII, “o complexo inquisidor-feiticeira desapareceu e, em seu lugar, surgiu o complexo alienista-insano mental”. (MILLANI, 2008, p.2).

Em fins da época medieval, a morte era um tema recorrente no pensamento ocidental, principalmente devido às guerras e pestes. E era esse medo da morte que se fazia presente nesse período que se estende até o final do século XV. Aqui a loucura passa a ocupar o lugar da morte no imaginário, inclusive assumindo um papel relevante nas artes plásticas e literárias. “A loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (FOUCAULT, 2007, p.14).

Na Renascença, a loucura aparece em destaque com a “Nau dos Loucos”, mecanismo de exclusão que se tornou uma realidade comum nas cidades, e que consistia em colocar os loucos para fora de seus muros ou entregá-los para grupos de peregrinos e mercadores ou, ainda, em confiá-los a barqueiros para serem levados para outra cidade. Dessa forma, estes loucos acabavam tendo uma “existência facilmente errante”. (FOUCAULT, 2007, p. 09). Porém, não

é fácil levantar o sentido exato desse costume. Seria possível pensar que se trata de uma medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem: hipótese que por si só não dá conta dos fatos, pois certos loucos, antes mesmo que se construam casas especiais para eles, são recebidos nos hospitais e tratados como loucos (FOUCAULT, 2007, p.10).

Evidentemente, confiar “o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida.” (FOUCAULT, 2007, p. 11-12).

Porém, já no século XVII, a loucura começa a ocupar o espaço moral de exclusão, ao lado das doenças venéreas, e o internamento emerge como uma resposta social ao problema. Assim, essa loucura revelada na Renascença “vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica” (FOUCAULT, 2007, p. 45). Nesse novo período, o louco “continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. A loucura, com a pobreza e ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados” (FOUCAULT, 2007, p.63). Não somente os loucos defrontam-se com o internamento nesse período, mas também os pobres, os desocupados, os desempregados, em decorrência da crise na economia que afetava todo o mundo ocidental. Portanto, é a partir do século XVII que a loucura deixa de ser uma grande assombração e assume um aspecto humano de fato. (FOUCAULT, 2007).

Durante o século XVII, criaram-se muitas casas de internamento, mas o ano de 1656 pode ser considerado marco de referência dessa fase, quando, em Paris, decreta-se a fundação do Hospital Geral. Depois desse decreto, a prática do internamento, na França, passa a vigorar sob uma forma centralizada de administração, a Salpêtrière. Nesta são agrupados todos os “encaminhados pela autoridade real ou judiciária” ou os que se apresentam espontaneamente, sendo homens ou mulheres, inválidos ou não, independentemente de qualquer outra condição. Tratava-se de recolhê-los, alojá-los e alimentá-los. Cabis a diretores nomeados vitaliciamente estavam encarregados de

selecionar os que mais deveriam ou precisariam estar ali. Trata-se de uma tarefa “forense” que, naqueles tempos, a gestão da loucura exigia, mas que ainda encontrava-se fora do domínio específico da medicina.

Os hospitais desse período não apresentavam ainda as características típicas dos hospitais modernos, já que suas principais funções estão vinculadas à administração do confinamento dos pobres e excluídos.

O hospital é uma instituição totalitária onde reinam as leis do universo concentracionário, mas sem tecnologia hospitalar específica. E como tal é percebido pelos seus contemporâneos. Existem inúmeros testemunhos sobre as resistências populares, não somente ao enclausuramento dos ‘pobres válidos’ nos Hospitais Gerais e nos depósitos de mendigos, como também ao encargo público dos doentes. (CASTEL, 1978, p. 65).

Assim, quanto ao Hospital Geral desse período, deve-se apontar que “não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa.” (FOUCAULT, 2007, p. 50). A prática abusiva dos internamentos pode ser evidenciada pelo fato de que em “poucos anos após sua fundação, o único Hospital Geral de Paris agrupava 6000 pessoas, ou seja, cerca de 1% da população” (FOUCAULT, 2007, p.55).

Estas instituições tinham seu estatuto e objetivos de definição difícil. A organização tinha o clero presente, ainda que a maior parte fosse de gestão burguesa, mas “entre elas se encontravam às vezes espécies de associações leigas que imitam a vida e os costumes das congregações sem delas fazerem parte.” (FOUCAULT, 2007, p.52). Se o Classicismo inventou o internamento, assim como a época medieval a segregação dos leprosos, esse internamento não tem apenas uma função médica, e o aprisionamento não é simples, “ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais. E que dizem respeito provavelmente a certas estruturas essenciais do mundo clássico em seu conjunto.” (FOUCAULT, 2007, p.53).

Há mais: desempenhando um papel ao mesmo tempo de assistência e de repressão, esses hospícios destinam-se a socorrer os pobres, mas comportam quase todas as células de detenção e casernas nas quais se encerram pensionários pelos quais o rei ou a família pagam uma pensão.” (FOUCAULT, 2007, p.52).

De fato, até o fim do século XVIII, a loucura permanece confinada nos hospitais juntamente com os pobres. O internamento não tinha a cura como principal preocupação: a principal tarefa desta instituição era tentar impedir a ociosidade e a mendicância.

A prática do internamento designa uma nova reação à miséria, um novo patético – de modo mais amplo, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode haver de inumano em sua existência. O pobre, o miserável, o homem que não pode responder a sua própria existência, assumiu no decorrer do século XVI uma figura que a Idade Média não teria reconhecido. (FOUCAULT, 2007, p.56).

E é nesses espaços que a loucura é administrada, formentente associada à lógica da ociosidade.

Uma transformação significativa nos modos de perceber e gerir a loucura emerge, no final do século XVIII, com o pensamento de Philippe Pinel (1745-1826) quem defende, fervorosamente, o caráter tratável e muitas vezes curável da doença mental. (MORAES; FRIDMAN, 2004).

O interesse de Pinel pelas perturbações mentais o levou a descrevê-las e classificá-las. Preocupou-se com diferenciar os pacientes *furiosos* e dos *tristes*; fazer com que as atitudes violentas passassem a ser compreensivas através do *tratamento moral*; e ainda buscava evitar as lesões anatômicas. Foi pioneiro na cientificização do tratamento psiquiátrico. Ele acreditava que esses transtornos eram alterações patológicas do cérebro, decorrentes de fatores hereditários, pressões sociais e psicológicas e/ou de lesões fisiológicas. Ele fez parte do grupo de médicos que tentou coibir as crenças leigas acerca da loucura como resultado de possessões demoníacas. Como médico no asilo de Bicêtre, onde tratava doentes mentais do sexo masculino e, também, na Salpêtrière, asilo feminino para loucas e criminosas, perigosas ou não, buscou efetivar medidas humanitárias para melhorar as condições dos doentes. Com essa perspectiva diferenciada de tratamento, ele preconizou ações terapêuticas baseadas em uma relação amigável com o paciente que era objeto de tratamento. (MILLANI, 2008).

Phillippe Pinel aparece como a principal referência para a psiquiatria desse período, ao introduzir a noção de loucura como falta de razão, e não como parte de uma essência individual imutável. Em virtude dessa perspectiva, um novo princípio é incorporado ao Direito moderno, apontando que

não é mais necessário abandonar, colocar nas naus dos desvairados, usar como objeto de escárnio aqueles loucos que até então se encontram nas ruas e possuem uma posição reconhecida – e diferente – no grupo social. A estes não era possível compreender, estavam fora da comunicabilidade humana. Seu tratamento – quando havia – pressupunha uma ação direta sobre o corpo, como a sangria, a imersão em água etc. (JACÓ-VILELA et al, 2005, p.16).

Porém, a loucura não receberia ainda um espaço de exclusão próprio:

A era clássica utiliza o internamento de um modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos. Agir alternadamente sobre o mercado da mão-de-obra e os preços de produção. (FOUCAULT, 2007, p.70).

Dessa forma, o internamento não logrou alcançar esse objetivo que se esperava dele. O que de fato essas instituições conseguiam era mascarar o desemprego e a miséria, assim como evitar “os inconvenientes políticos ou sociais de sua agitação.” (FOUCAULT, 2007, p.70).

Pode, sim, ser considerada como “uma criação institucional própria ao século XVII” que não pode ser comparada com a prisão do período medieval. Esta institucionalização tem o objetivo de “precaução social”, e configura um “mecanismo social”, associado à presença dos valores burgueses: “O internamento seria assim a eliminação espontânea dos ‘a-sociais’.”(FOUCAULT, 2007, p.78-79).

Com esse espaço, a era clássica passa a relacionar o pecado com a loucura, e esta com culpabilidade. Esta relação não conseguiu ser desfeita na época do racionalismo com a psiquiatria, e assim foi “justamente o racionalismo quem autorizou essa confusão entre o castigo e o remédio, esta quase-identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura.” É nesse período que se formará uma articulação entre a medicina e a moral. Diante dessa percepção, a repressão passa a exercer a função de curar os corpos, mas também de purificar a alma. E os tratamentos com castigo e terapêuticas farão parte dos asilos do século XIX, passando a ser concebidos como verdadeiros remédios morais. (FOUCAULT, 2007, p.87-88).

Todo esse processo teria origem numa nova sensibilidade que teria emergido a partir do século XVII, em virtude da qual a loucura passa a ter um aspecto verdadeiramente humano, na medida em que começa a ser reconhecida como “um certo distanciamento da norma social”. E como consequência dessa perspectiva, foi nessa sociedade “que um dia deveria designar esses loucos como ‘alienados’, que inicialmente o desatino se alienou; é nela que a insanidade se exilou e ficou em silêncio.” (FOUCAULT, 2007, p.104).

No entanto, a medicina nesse período não aparece coesa. Como aponta Foucault (2007, p.297), sua teoria e sua prática “só se comunicam numa imperfeita reciprocidade.”

O próprio conhecimento sobre os efeitos dos remédios passa a ser universalizado no final do século XVII. (FOUCAULT, 2007, p.297). Durante o século XVIII, os medicamentos “naturais” são as opções utilizadas pelos médicos, em um contexto de falta de clareza sobre a relação entre sintômas e efeitos, o que fez permanecer o mundo da cura em um espaço de “generalidade abstrata”. (FOUCAULT, 2007, p.300). Já o corpo humano, com toda sua complexidade, seria o próprio remédio para a loucura, através de suas “excrescências e seus excrementos”, pois seriam os fluídos corporais que deveriam ser utilizados para tratar a loucura, como leite da mulher lactante, urina etc, visto que do corpo viria a cura da loucura. (FOUCAULT, 2007, p.302).

A grande dificuldade para acabar com esses tratamentos existia porque **as práticas médicas, até o final do século XVIII, não eram atuação exclusiva dos próprios médicos**. A noção de cura só passa a ser plena na era clássica e nela a panacéia de remédios e tratamentos será encerrada. “É que a partir dessa época, começa-se a perceber a doença numa unidade natural que prescreve à medicação sua ordem lógica e a determina com seu próprio movimento.” (FOUCAULT, 2007, p. 306). Assim, a medicina “detecta em cada pessoa uma distância com relação às suas normas e tenta anulá-la com remédios.” (CASTEL, 1978, p. 53). Já não se pode mais negar que a “medicina mental, agora, faz parte de nossa paisagem social.” (CASTEL, 1978, p. 51)

A relação entre a teoria e a prática médica começa seu processo de conversão em unidade dialética: “ao mesmo tempo que uma prática, toda cura é uma reflexão espontânea sobre si mesma, sobre a doença e sobre o relacionamento que se estabelece entre ambas.” E foi exatamente sobre as doenças nervosas que o século XVIII mais avançou nas curas e favoreceu a técnica da medicina. (FOUCAULT, 2007, p.307).

Apesar disso, só começa a definitivamente aparecer diferenças “entre medicamentos físicos e medicamentos psicológicos ou morais” no século XIX, com a loucura e a cura inseridas na lógica da culpabilidade, organizando-se “ao redor da punição.” (FOUCAULT, 2007, p.325).

Com Pinel, as instituições mantêm-se inalteradas, porém se percebem valores de eficácia positiva no internamento, ao qual a loucura passa a ser obrigada a se submeter. (FOUCAULT, 2007, p.336).

Em suma, sempre existiu, no curso da era clássica, uma justaposição de dois universos técnicos nas terapêuticas da loucura. Um que repousa numa mecânica implícita das qualidades e se dirige à loucura em sua qualidade essencial de *paixão*, isto é, em sua qualidade de mistura (movimento-qualidade) que pertence ao corpo e à alma,

simultaneamente; outro, que repousa num movimento discursivo da razão raciocinante consigo própria e se dirige à loucura em sua qualidade de erro, dupla inanidade da linguagem e da imagem, em sua qualidade de *delírio*. (FOUCAULT, 2007, p.326-327).

A psiquiatria como ciência médica surge especificamente no século XIX, com os primeiros esboços clínico-descritivos, assim como as primeiras tentativas de uma ordenação nosográfica, dando origem à Psiquiatria Clínica. (MELO, 1979). No início deste século, Esquirol organizou “uma primeira nosologia das diversas monomanias e, a partir de então, não há alienista de renome que não proponha sua própria nosologia das neuroses.” (DARMON, 1991, p.55).

É exatamente no final do século XIX que o corpo passa a ter “potencialidades, com funções precisas, com comportamentos desejáveis.” O corpo deixa de ser concebido apenas como conjunto de “tecidos e órgãos” passando a contemplar também o “corpo neurológico”. Aqui corpo orgânico e corpo neurológico não se apresentam como realidades opostas e sim como duas dimensões de uma mesma unidade. Nos estudos sobre o corpo percebem-se duas correntes, a primeira é a anatomopatologia, preocupada com os detalhes profundos do organismo em detrimento da superfície corporal, e a segunda diz respeito à neurologia, que se ocupava com a “descrição da superfície. Esta última descreve condutas, ações e reações, respostas a movimentos concretos de sobre ou de subestimulação através da utilização de toda uma nova bateria de estímulos-resposta.” (CAPONI, 2009A, p.98).

De acordo com Caponi (2009A, p. 97),

Tendemos a pensar que a psiquiatria aparece, pela primeira vez como uma especialidade no interior do domínio médico [...] Entretanto, entre os fundadores da psiquiatria, a operação médica que realizam quando tratam de um paciente não tem, em sua morfologia, nem em sua disposição geral, virtualmente nada a ver com aquilo que se está transformando na experiência, a atividade diagnóstica, o processo terapêutico da medicina. Seus procedimentos são absolutamente irreduzíveis aos da medicina. Porém, é por relação ao hospital, à anatomopatologia e ao nascimento da clínica que deve ser compreendido o discurso psiquiátrico: ‘É essa heterogeneidade a que vai marcar a história da psiquiatria’

A psiquiatria apresenta particularidades como especialidade médica, fundamentalmente em termos de “diferentes estratégias terapêuticas” e dos “diferentes modos de estabelecer um diagnóstico”. Na medicina há um predomínio do “conhecimento diferencial da sintomatologia da doença própria da anatomopatologia”, enquanto que na psiquiatria, em fins do século XIX, há uma “ausência de diagnóstico diferencial”; por

outro lado, percebe-se uma ausência de corpo na ação psiquiátrica, em oposição à preocupação com a inscrição de lesões no corpo, órgãos, tecidos que caracteriza a medicina. (CAPONI, 2009A, p.98)

A questão imprescindível para compreender essa diferença é que, para a psiquiatria, “não importa tanto a precisão nosológica quanto saber se esse paciente é ou não louco. Antes de qualquer caracterização, a verdadeira questão que se coloca é uma oposição binária.” Ou seja, como aponta Foucault, há uma oposição entre “um diagnóstico absoluto da psiquiatria” e o “diagnóstico diferencial da medicina clínica.” (CAPONI, 2009A, p.98). Quando, no século XIX, surge a psiquiatria, ela já se define se opondo à medicina “pelo papel que o corpo desempenha em um caso e em outro.” (CAPONI, 2009A, p.99).

A preocupação da psiquiatria não será, ao menos inicialmente, saber se um determinado “comportamento, tal maneira de falar, tal categoria de alucinação se refere a esta ou a aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo caracteriza ou não a loucura.” (FOUCAULT, 2003 apud CAPONI, 2009A, p.99). E essa é uma missão essencialmente forense que será ao mesmo tempo encomendada e conquistada pela psiquiatria.

O que ocorria com o saber psiquiátrico em particular, ou o que era tido como saber psiquiátrico por volta dos anos 1840-1860, segundo Foucault (2006, p. 226), era que

o que era formulado nos textos teóricos da psiquiatria, tudo isso era convertido de outro modo na prática real, e não se pode dizer que esse saber teórico tenha efetivamente atuado na vida asilar propriamente dita. Isso, mais uma vez, é válido para os primeiros anos dessa protopsiquiatria, é verdadeiro, sem dúvida, em grande medida, para toda a história da psiquiatria até os nossos dias.

E um momento da história que permite visualizar bem o saber psiquiátrico é o asilo tal como foi definido no correr dos anos 1830-1840 por Esquirol, Parchappe, Girard de Cailleux, etc. Segundo Foucault (2006, p. 227), “a marcação médica no interior do asilo é essencialmente a presença física do médico; é a sua onipresença, é, em linhas gerais, a assimilação do espaço asilar ao corpo do psiquiatra. (...) De forma mais precisa, direi que essa assimilação corpo do psiquiatra/lugar asilar se manifesta de diferentes maneiras.” Dessas diferentes maneiras, cabe ressaltar:

1. “(...) a primeira realidade que o doente deve encontrar e que é, de certo modo, aquilo através do que o outros elementos vão ser obrigados a passar, é o corpo do próprio



psiquiatra.” É esse corpo que “deve se impor ao doente como realidade ou como aquilo através de que vai passar a realidade de todas as outras realidades. É a esse corpo que o doente deve ser submetido.” (FOUCAULT, 2006, p. 227)

2. “Em segundo lugar, o corpo do psiquiatra deve estar presente em toda parte. A arquitetura do asilo (...) é sempre calculada de tal modo que o psiquiatra possa estar virtualmente em toda a parte.” (FOUCAULT, 2006, p. 227)

3. “O corpo do psiquiatra deve, além disso, estar em comunhão direta com todas as partes da administração do asilo.” (FOUCAULT, 2006, p. 228)

Assim, o que se pretende é fazer com que o corpo do psiquiatra seja o próprio asilo, “a maquinaria do asilo e o organismo médico, no limite, devem formar uma só e mesma coisa.” (FOUCAULT, 2006, p. 228)

## **2.1. Aspectos relevantes da trajetória sócio-histórica da Psiquiatria Forense**

De acordo com a definição de Taborda e Arboleda-Flórez (2007, p.1) “denomina-se *psiquiatria forense* a interface entre a Psiquiatria e o Direito e, *psiquiatra forense*, o profissional que atua nesse domínio.” Quanto à Psiquiatria Forense, o que se percebe é que a relação entre a doença mental e as leis não seguiu a mesma evolução dos conhecimentos sobre a doença mental em si. De fato, observa-se que tanto médicos como legisladores não estavam preocupados com causas e classificações da doença psíquica, mas sim com as providências legais a serem tomadas de acordo com a integridade mental do indivíduo.

Especificamente, é no Egito antigo, por meio da figura de Imothep, que a prática médica e as leis estariam interligadas pela primeira vez, pelo fato de que este era tanto o médico, o sacerdote e primeiro-ministro do faraó Zoser. Já na sociedade romana, declara-se a incapacidade legal das crianças e dos doentes mentais, e ainda que os loucos precisariam de tutores. É ao século XIII que remonta o primeiro serviço de médicos peritos, na cidade europeia de Bologna, e em 1302 foi realizada na Europa uma das primeiras autópsias médico-legais documentada. (RIGONATTI, 2003).

Porém, é somente no século XVI, precisamente o ano de 1507, que é reconhecido como o início do “período moderno da medicina legal”. A partir deste ano passou a ser obrigatória a participação de peritos médicos nos casos de morte violenta. Já em 1648, a

obra *Questões Médico-Legais* é publicada por Paulo Zacchia, quem era médico e atuou como perito, e atualmente é considerado por muitos o pai da Psiquiatria Forense. (RIGONATTI, 2003, p.18-19).

No entanto, recém na segunda metade do século XIX aparecem as primeiras instituições para tratamento de doentes mentais perigosos. “Em 1850 foi fundado o Instituto de Auburnque, e em 1863 surge na Inglaterra o Instituto de Bradmore, que se tornou padrão para os institutos criados a partir de então.” (RIGONATTI, 2003, p. 19).

Com a criação da Psiquiatria como especialidade médica, a relação entre Justiça e Saúde Mental passou a ser abarcada por uma profissão e passa a existir, assim, a psiquiatria forense como subespecialidade da própria Psiquiatria, sendo responsável por utilizar os conhecimentos científicos psiquiátricos a serviço da justiça. (RIGONATTI, 2003).

A obra de Morel (1809-1873) e sua noção de degenerescência resultaram decisivos no desenvolvimento e trajetória da psiquiatria forense . (FOUCAULT, 2006). A degenerescência como predisposição que apresentava tanto traços morais quanto e, principalmente, físicos vai constituir-se em peça chave das relações entre loucura e criminalidade. Os degenerados apresentariam características ou marcas físicas principais, entre as quais se destacam

hidrocefalia, microcefalia, albinismo, quantidade de pêlos anormais, barba na mulher, ausência de barba no homem, assimetria da face, lábio leporino, mamas muito grandes ou atrofia das mesmas nas mulheres, hérnia inguinal congênita, ausência de membros ou dedos ao nascimento, hermafroditismo, atrofia de pênis, esterilidade e outras anomalias genitais. É comum ainda aos degenerados a surdez, a mudez, a gagueira e os movimentos automáticos como os tiques nervosos. (JACÓ-VILELA et all, 2005, p.22).

Nessa concepção, a degeneração resulta em um tipo de atributo que se transmite hereditariamente. Assim, cabe ao perito médico avaliar um crime e constatar a relação entre o delito e os sinais de degeneração do criminoso, bem como sua personalidade, de maneira a compreender quais as circunstâncias que precederam o crime, pois o “princípio da preservação social é sagrado.” (JACÓ-VILELA et all, 2005, p.23). Nesse contexto, emergem as idéias de responsabilidade penal e de periculosidade. A avaliação dessas condições vai se converter em elemento decisivo das sentenças judiciais, principalmente no

que diz respeito à determinação das penas de acordo com o grau de nocividade de quem cometeu o delito, princípio este que ainda se mantém atual sob o nome de periculosidade.

Assim, Morel define os “degenerados” como uma conotação patológica dos loucos hereditários. Essa teoria foi formulada a partir de dois pontos chave, quais sejam o monogenismo e a hereditariedade mórbida. Nesta, a hereditariedade era responsável pelo rearranjo de características mórbidas nos descendentes, assim como transmitia caracteres físicos, morais, aptidões, caráter e temperamento. Já o monogenismo compreende a unidade física e moral da espécie humana. Suas idéias eram muito mais lamarkianas que darwinistas quanto a transmissão de anomalias aos descendentes. (PINTO, 2004).

Realizar um diagnóstico para determinar a degeneração mental de um paciente era algo muito complexo,

pois o médico deveria discernir o que poderia ser de origem natural do sócio-moral, atingindo o indivíduo direta ou indiretamente através da herança dos ascendentes. (...) Para avaliar a saúde mental da uma pessoa, o médico deveria fazer um levantamento da história da família, não somente da incidência de doenças nervosas, como também da existência de atos extravagantes, como crimes. (PINTO, 2004, p. 100).

Deformações físicas anatômicas também eram indícios de degeneração, assim como de amoralidade, a qual estava presente na loucura hereditária, originando a criminalidade. De acordo com a teoria da degeneração, a maior parte dos criminosos tem apresentaria grau de loucura. Dessa forma, a degeneração patologiza e também medicaliza o crime. (PINTO, 2004).

Portanto, a noção de degeneração cumpriu um papel geneticamente relevante no estabelecimento das relações entre loucura e criminalidade por parte da psiquiatria. A idéia de degeneração baseia-se nos conceitos de norma e normalidade, pois esta categoria

refere-se a um duplo desvio: por um lado, desvio da freqüência estatística desejada em relação a características físicas, tais como altura, peso, formato do rosto, das orelhas, etc. - os chamados *estigmatas* (CARTRON, 2000); por outro, desvio das normas ou valores que a sociedade europeia do século XIX considerava como invioláveis e universais.” (CAPONI, 2009, p. 537)

Nessa perspectiva, a degeneração apresenta-se como “um processo de degradação patológica do tipo normal e primitivo da humanidade que é transmitido hereditariamente, provocando uma afecção de ordem física, intelectual e moral.” (CAPONI, 2009, p.536). Haveria também uma relação entre a “degeneração física do tipo médio e a degeneração moral”, configurando assim “um novo modo de pensar as doenças mentais que inclui,

junto com os delírios e as alucinações, um conjunto de comportamentos e de características físicas consideradas como desvio patológico da normalidade.” Ou seja, as marcas físicas podem determinar a degeneração do indivíduo, assim, “tudo o que é anormalidade de altura, conformação exterior do corpo, do crânio, do rosto, dos órgãos genitais, dos dedos, das orelhas” permitindo identificar possíveis degenerados, pois estes “apresentam desvios do tipo normal, e, à falta de autópsias, pode-se concluir por indução que existem também numerosos desvios nos órgãos internos.” (KNECHT, 1885, p. 513 apud CAPONI, 2009, p. 537).

Esta percepção dará início a “estudos que se inscrevem dentro da chamada *teoria da degeneração*”, que serão capazes de centralizar os esforços dos psiquiatras, médicos, juristas e higienistas para tentar “definir a abrangência e os limites do conceito de *degeneração*.” Para Foucault (1999, p. 298 apud CAPONI, 2009, p. 537) "a degeneração é a peça teórica maior que permite a medicalização do anormal. O degenerado é o anormal miticamente - ou, se vocês preferem, cientificamente - medicalizado".

Com a hereditariedade patológica, a loucura é inserida no contexto da anomalia. Essa anomalia é, segundo Foucault (2006, p. 353),

a condição de possibilidade individual da loucura; é o que é preciso estabelecer para conseguir mostrar que aquilo que está sendo tratado, aquilo com o que está se lidando e que se quer mostrar precisamente que são sintomas de loucura, é efetivamente de ordem patológica. A condição para transformar em sintomas patológicos os diferentes elementos são o objeto, o motivo do pedido de internamento, é situá-los nesse tecido geral da anomalia.

Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) foi seguidor de Pinel. Ele defendia que no quadro de monomania a simples ocorrência de um crime comprova a existência da loucura. Na escola de Salpêtrière, Esquirol consegue realizar uma transformação na concepção da loucura, fato que acabará marcando todo o século XIX: a atribuição de inimputabilidade de um acusado deverá ser o resultado de uma avaliação médica, o que significará sua inserção na jurisdição do poder psiquiátrico.

Por volta de 1876, a relação loucura e crime ganha destaque, com a figura de Cesare Lombroso (1836-1909), considerado o criador da antropologia criminal (RIGONATTI, 2003), e o pai da criminologia. (MORAES; FRIDMAN, 2004). Ele apresentou o conceito do “criminoso nato” e afirmou as bases da interpretação etiológica do crime em função de parâmetros biológicos, partir da teoria da degeneração de Morel.

As idéias de Lombroso irão influenciar o Direito Positivo, juntamente com as de Henrique Ferri (1856-1929) e Rafael Garófalo (1852-1934). Não somente o Direito sentirá os reflexos dessas contribuições, mas especialmente a Medicina Legal de forma ampla no Brasil. (JACÓ-VILELA et all, 2005).

Em 1885, no Primeiro Congresso Internacional de Antropologia Criminal, Lombroso afirmou que o criminoso nato estava “predisposto ao crime por sua constituição física”, e que apoiava esse enunciado na “observação positiva dos fatos”. (DARMON, 1991, p.37). O foco de sua atenção era constituído pelo criminoso mais do que pelo crime em si. “Para Lombroso, os germes da loucura moral e do crime se encontrariam não por exceção, mas de maneira natural nos primeiros anos da vida do homem.” (DARMON, 1991, p.45).

Na perspectiva lombrosiana, o crime é concebido como um fenômeno natural do ser humano e, da mesma forma que a natureza, precisa ser estudado com atenção para atender uma finalidade muito precisa: atuar preventivamente com relação ao crime. Nesse contexto, e em função do caráter hereditário que lhe atribuía à criminalidade, Lombroso cria a noção de “criminoso nato”, tributária da teoria da degenerescência formulada por Morel em 1857. (JACÓ-VILELA et all, 2005).

Lombroso dedica-se, no segundo capítulo do livro *O Homem Criminoso*, à antropometria do crime e à anatomia patológica. Avaliando vários crânios de assassinos e de pessoas honestas de vários países, elaborou conclusões sobre detalhes dos crânios dos delinquentes, quanto à “capacidade, circunferência, semicircunferência, projeção anterior, aos arcos, às curvas ou ao ângulo facial”. De acordo com suas análises, 95% dos delinquentes tem a mesma fisionomia criminalóide, assim como 2% das pessoas honestas, acidentalmente. (DARMON, 1991, p.45-46).

Dentre os “criminosos natos”, enquanto categoria de “criminoso em decorrência de anomalia orgânica”, inata ou adquirida, os “loucos morais” são os que mais despertaram interesse entre alienistas de diferentes países. Estes “loucos morais” não seriam capazes de distinguir o bem do mal e, com características físicas bem menos marcantes que as dos outros, constituiriam uma sub-categoria perigosa de criminoso. (DARMON, 1991, p.56-57).

Garófalo, por sua vez, considerava que haveria, sempre, certa anomalia psíquica ou moral como causa do crime. A partir da idéia de degeneração, afirmava que, “o criminoso possui um déficit de base orgânica na esfera moral, resultado de uma mutação psíquica, transmissível por via hereditária e com conotações atávicas e degenerativas. Salienta

também a relevância dos dados anatômicos, destacando a importância da antropometria craniana para determinar a personalidade criminosa.” (JACÓ-VILELA et al, 2005, p.20).

Até fins do século XVIII, em mandados de prisão, relatórios policiais e interrogatórios era possível observar referências à loucura como falha ou falta de razão. Isso de acordo com a visão de loucura presente. Porém, rapidamente, já no século XIX, se configura a percepção da loucura como uma força não dominada e, talvez, não dominável. Assim, o indivíduo louco poderia se inscrever em quatro principais formas de loucura, quais sejam, a furiosa – relacionado a “força pura do indivíduo” –; a força que se aplica às paixões e aos instintos – loucura esta que não tem alucinação, ilusão, falsa crença, é uma “mania sem delírio” –; a loucura aplicada às idéias, deixando-as confusas – chamada de mania –; e a força da loucura sobre uma idéia particular, que é reforçada continuamente – a monomania ou melancolia. (FOUCAULT, 2006, p.10-11).

Frente a essa loucura que origina de uma força não controlável, na prática asilar dos primeiros anos do século XIX há a preocupação em definir quando que essa força se descontrola, em que ponto abalará o comportamento do indivíduo. O médico, então, tentará dominar essa explosão da força, assim como tentar evitar o seu desencadeamento. Assim, a

terapêutica da loucura é ‘a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas idéias’. (PINEL apud FOUCAULT, 2006, p. 11-12)

A loucura, entendida como ausência de autocontrole dos impulsos, vai se tornar em peça etiologicamente chave da arbitragem psiquiátrica da criminalidade e, especialmente, como será examinado mais adiante, da avaliação de periculosidade criminal, no sentido de pre- anúncio de atos criminosos futuros decorrentes do “acting out” do doente mental.

Durante o século XIX, o que se percebe é uma divisão entre duas formas de intervenção. A primeira é a *medicamentosa*, ainda que esta tenha sido desqualificada no começo do século. A segunda é o *tratamento moral*, definido pelos ingleses e adotado na França. O chamado "tratamento moral" realizava-se com o distanciamento dos doentes do contato com a vida social para evitar que isso influenciasse no "desenvolvimento natural" da doença. Com essa forma de tratamento acreditava-se que a doença seria mais facilmente identificada e a cura seria possível. Esta segunda forma de intervenção na realidade pressupunha a observação e análise da loucura por um longo período para se elaborar um

diagnóstico, buscando encontrar a “verdade” na loucura e indicar a terapêutica. Esta terapêutica, até 1830, é apenas uma cena. O médico não pretende indicar alguma receita técnica ao comportamento patológico, é, na realidade, uma relação de forças que se exerce entre a força do paciente e a força do médico. O que se pretende é fazer com que o paciente tenha sua idéia fixa confrontada, gerando a manifestação da “verdade”, a qual encaminha o processo da cura ao se manifestar, especialmente pela confissão do próprio paciente. (FOUCAULT, 2006, p.12-13).

Na França, a lei de 1838 marca a “destituição dos direitos da família em relação ao louco.” (FOUCAULT, 2006, p.118). Até então, o procedimento jurídico essencial para a caracterização do louco era a interdição. A interdição era um procedimento jurídico, solicitado pela família, que, através de uma ordem judiciária, tinha “por efeito jurídico transferir os direitos civis do indivíduo assim interditado a um conselho de família e fazia o alienado cair sob o regime de curatela. Era portanto, se assim podemos dizer, um episódio do direito familiar validado por procedimentos judiciários.” (FOUCAULT, 2006, p.119).

Porém, a partir da Lei de 1838, o internamento sobrepõe-se à interdição. A interdição passa a ser um complemento jurídico, uma vez que a maior intervenção sobre o louco passa a ser o internamento. Nessa lei, a autoridade prefetoral pode solicitar o internamento mesmo sem haver interesse da família, juntamente com a autoridade médica, sendo esta última responsável final pelo internamento.. O indivíduo só será considerado louco “quando [for] feita uma perícia por alguém que terá recebido, para tanto, qualificação da autoridade civil e quando essa autoridade civil, isto é, a própria autoridade prefetoral, assim decidir.” (FOUCAULT, 2006, p.120).

Assim, a loucura passa a ser identificada no espaço constituído pelo poder administrativo e o poder psiquiátrico integrados. O internamento aparece, assim, como uma resposta socialmente legítima diante do perigo que o louco representa para a sociedade. Durante o século XIX, até 1860 aproximadamente, intervenção da psiquiatria ocorre no âmbito do hospício, que passa a adquirir uma função terapêutica, ao exercer um poder de controle através da visibilidade permanente – com celas visíveis e audíveis por todos –, da vigilância central – com todos os funcionários servindo como os olhos do psiquiatra –, do isolamento – para individualmente o louco dar-se conta da sua loucura – e dos instrumentos de cura – algemas, camisa-de-força, coleiras com pontas apontadas para o queixo etc. (FOUCAULT, 2006, p.127-132).

Nesse contexto, segundo Foucault (2006, p. 205), “podemos dizer que o asilo tal como o vemos funcionar numa terapia como esta é um dispositivo de cura no qual a ação do médico se incorpora absolutamente à da instituição, dos regulamentos, dos edifícios.” Assim, o poder psiquiátrico é uma

certa maneira de gerir, de administrar, antes de ser como que uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, ou melhor, é porque é e na medida em que é um regime que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências medidas, obrigação de trabalho, etc. (FOUCAULT, 2006, p. 217).

No século XIX, o tratamento psiquiátrico é uma luta constante contra a loucura, e o psiquiatra assume o papel de dirigir não só o funcionamento do hospital, como também os indivíduos, e isso em nome da realidade. Mas se o psiquiatra atua sem utilizar um saber psiquiátrico de fato, mas age como sendo o próprio asilo, frente a esse panorama, o que Foucault apresenta como questionamento é *Por que um médico?* A resposta aparece, segundo o autor, desde textos do século XIX, pois se o asilo não for dirigido pelo médico, “então este asilo não terá função terapêutica.” Contudo, vê-se “renascer sem cessar a dificuldade para explicar esse princípio, renascer a inquietação com que, afinal de contas, já que se trata de um estabelecimento disciplinar, bastaria ter um bom administrador.” (FOUCAULT, 2006, p. 229)

Ou seja, o que deve, segundo o autor, ser considerado importante para um bom funcionamento do asilo, “o que faz com que o asilo deva ser necessariamente marcado medicamente é o efeito de poder suplementar que é dado, não pelo conteúdo de um saber, mas, estatutariamente, pela marca do saber.” (FOUCAULT, 2006, p. 229-230)

Em outras palavras, é pelas marcas que designam nele a existência de um saber, e é somente por esse jogo das marcas, qualquer que seja o conteúdo efetivo desse saber, que o poder médico vai funcionar no interior do asilo, como poder necessariamente médico. (FOUCAULT, 2006, p. 230)

E, aproximadamente entre os anos 1840 e 1860, “o poder psiquiátrico como tática de sujeição dos corpos numa certa física do poder, como poder de intensificação da realidade, como constituição dos indivíduos ao mesmo tempo receptores e portadores de realidade, se disseminou.” (FOUCAULT, 2006, p. 236) De fato, para Foucault (2006, p. 236), sob o que ele chama de funções-psi (patológica, criminológica, etc.), é onde se encontrará “esse poder psiquiátrico, isto é, essa função de intensificação do real, onde quer que seja necessário fazer a realidade funcionar como poder.”



Assim,

a função psicológica que, de um ponto de vista histórico, derivou inteiramente do poder psiquiátrico, que foi disseminada em outras partes, essa função psicológica tem por papel essencial intensificar a realidade como poder e intensificar o poder fazendo-o valer como realidade. (FOUCAULT, 2006, p. 237)

E então, “o saber funciona como poder e esse poder do saber se apresenta como realidade no interior da qual o indivíduo se encontra situado.” (FOUCAULT, 2006, p. 237)

Apesar disso, há marcas do saber psiquiátrico que atuam na organização e funcionamento do hospital protopsiquiátrico e que garantem o exercício do poder médico no interior da instituição. A primeira marca desse saber está em conhecer o paciente antes de interrogá-lo, estar informado sobre ele, conhecer sua biografia, estar atento às reclamações sobre ele, falar inicialmente com a família, estar ciente sobre a vida do paciente mais que ele mesmo ou mais do que ele possa imaginar, para poder mostrar que sabe o que é delírio. Uma segunda marca, talvez uma das mais emblemáticas e atemporais do poder psiquiátrico, e que tem se legitimado até a atualidade, é o interrogatório de fato, o qual é mais do que colher informações sobre o paciente que ainda não se tem. “O interrogatório tem que ser feito de tal modo que o doente não diga o que quiser, mas responda às perguntas.” Esse interrogatório funciona como um jogo de poderes, no qual o médico se coloca acima do paciente, evidenciando que este está apenas municiando o saber médico. (FOUCAULT, 2006, p. 230)

A terceira marca é a vigilância, a qual é imprescindível para o médico, pois assim ele se mantém atualizado sobre o paciente, e o doente saberá que o médico sabe o que lhe aconteceu, que punição ele recebeu etc. Para tanto, a organização do espaço asilar está à disposição do médico com um sistema de anotações sobre cada paciente. O quarto elemento é o registro tanto da medicação quanto da direção, ou seja, fazer jogo duplo quanto ao que é remédio e ao que é punição, para que o paciente enfim acredite que o médico é o único detentor da verdade sobre o que tem ou pode ter status de remédio ou de punição. (FOUCAULT, 2006)

Há ainda a quinta forma de atribuir as marcas do saber médico na instituição, que é a clínica. Para Foucault (2006), esse é um trunfo da psiquiatria na história. Com a clínica, o médico garante com que seja visto como médico, mas também como mestre, detentor do conhecimento, do saber além de ser aquele que cura. Com a instrução de estudantes no espaço em que cuida dos doentes e durante o processo de interrogatório, ele mantém seu

status de poder sobre o doente. Ele mostra para o paciente que há muitos ao seu redor dispostos a escutá-lo, ainda que o doente às vezes se recuse a escutar o médico. Assim, é pela presença desse grupo de pessoas que a sua palavra ganha autoridade. Não apenas por isso, mas também para mostrar ao paciente que o conhece e conhece a doença dele ao falar sobre ela com os estudantes durante o interrogatório. Dessa forma, far-se-á com que o doente compreenda que há “uma verdade aceita por todos” na palavra do médico. (FOUCAULT, 2006, p. 233).

Um terceiro ponto que marca a importância da clínica para a psiquiatria é a relevância de realizar a anamnese geral do caso na frente do doente. Com isto, o psiquiatra faz com que o doente se defronte na história da sua vida com a realidade da doença. Ao participar da construção dessa anamnese, o paciente “agrada” ao médico e espera ser retribuído pelo esforço que faz na frente dos estudantes.

Na clínica, a palavra do médico aparece como tendo um poder maior do que qualquer um. Na clínica, a lei da identidade pesa sobre o doente, que é obrigado a reconhecê-la em tudo o que se diz sobre ele e em toda a anamnese que se faz da sua vida. Respondendo publicamente às interrogações do médico, fazendo-se arrancar a confissão final da sua loucura, o doente reconhece, aceita a realidade desse desejo louco que está na raiz da sua loucura. Enfim, ele entra de certo modo no sistema das satisfações, das compensações, etc. (FOUCAULT, 2006, p. 234)

Essas marcas do saber vão garantir com que o médico psiquiatra desempenhe o seu papel mor de intensificar a realidade.

Como diz Foucault (2006, p. 234),

com isso, vocês vêem que o grande portador do poder psiquiátrico, ou antes, o grande amplificador do poder psiquiátrico que se tramava na vida cotidiana do asilo vai ser esse célebre rito da apresentação clínica do doente. A enorme importância institucional da clínica na vida cotidiana dos hospitais psiquiátricos, dos anos 1830 até agora, se deve ao fato de que, através da clínica, o médico se constitui como mestre da verdade.

E esse poder psiquiátrico vai aparecer em qualquer espaço em que seja preciso que a realidade funcione como poder, seja no exército, nas escolas, nas prisões e, também, nas instituições para loucos criminosos.

Na medicina – não digo na teoria médica, não digo no que, na medicina, começava a esboçar algo como uma anatomia ou uma fisiologia –, mas na prática médica, na relação que o médico estabelecia com a doença, havia algo que decorria e que decorreu durante vinte e dois séculos dessa tecnologia da verdade-prova, e de forma alguma da verdade demonstrativa, e esse algo é a noção de ‘crise’, ou, melhor dizendo, é o conjunto das práticas médicas que se organizaram em torno dessa noção de crise. (FOUCAULT, 2006, p. 310).

Essa crise na prática médica, na verdade, é a decisão sobre a evolução da doença, ou seja, é o momento em que ela se decide. Na verdade, é quando a crise se manifesta que a doença realmente aparece em sua verdade. De fato, antes desse momento de crise, a doença pode ser, pode ser aquilo, mas é depois da crise que a realidade da doença aparece, definindo a intervenção do médico. Frente a essa crise, o médico deverá realizar exclusivamente as alterações necessárias entre a natureza e a doença, para que a natureza ganhe. (FOUCAULT, 2006, p. 311).

Como o médico não cura nem enfrenta a doença, o que ele faz é avaliar a crise e agir de acordo com ela para que a doença não ganhe no final. Com isso, ele passa a desenvolver um papel de árbitro, o qual julga a doença em meio a crise e tenta não permitir que a doença vença. (FOUCAULT, 2006, p. 312).

Essa arbitragem não depende do diagnóstico diferencial e sim da determinação da existência ou da insanidade mental.. A dicotomia sim/não é o que de fato importa no diagnóstico da loucura. Assim, na verdade, é o diagnóstico absoluto que rege a psiquiatria, e não o diferencial. Como será analisado mais extensamente no próximo capítulo, trata-se de uma avaliação dicotômica na qual a ausência do corpo torna-se um elemento constante. Ao contrário do que acontece na medicina clínica, na medicina psiquiátrica, serão os atributos imateriais, mentais, morais e sociais os que vão proporcionar as informações decisivas para o diagnóstico de (in)sanidade mental. (FOUCAULT, 2006).

Devido a essas características da prática psiquiátrica, outra questão emerge, referente a produção de provas que possam suprir a exigência do diagnóstico absoluto, de forma que dê realidade à loucura. Essa produção de provas na psiquiatria tem um duplo sentido. O primeiro refere-se a fazer com que os motivos que levam ao internamento ou não possam ser ou não doença. “A prova psiquiátrica é portanto a prova que chamarei de duplicação administrativo-médico (...). Transcrever a demanda como doença, fazer existir os motivos da demanda como sintomas da doença é a primeira função da prova psiquiátrica.” (FOUCAULT, 2006, p. 348). Já a segunda função se trata

nessa prova de fazer existir como saber médico o poder de intervenção e o poder disciplinar do psiquiatra. (...) Ou seja, a prova psiquiátrica é uma dupla prova de entronização. Ela entronizava a vida de um indivíduo como tecido de sintomas patológicas, mas entroniza sem cessar o psiquiatra como médico ou a instância disciplinar suprema como instância médica. Podemos dizer, por conseguinte, que a prova psiquiátrica é uma perpétua prova de entrada no hospital. (FOUCAULT, 2006, p. 349).

Essa prova psiquiátrica se apresenta durante os 60 primeiros anos do século XIX sob três formas, os técnicas, principais, o interrogatório, a droga e a hipnose. O interrogatório tem o aspecto disciplinar ao vincular o doente à sua identidade, fazendo-o defrontar-se com seu passado. Utilizado a partir de 1820, realiza uma pesquisa de antecedentes, e praticamente qualquer episódio do passado da pessoa pode ser considerado marcas da doença mental, ou conseqüências desta. Com este, pretende-se mais que tudo suprir a ausência do corpo para medicina psiquiátrica. Pelo interrogatório ainda realiza-se um cruzamento entre a subjetividade e a responsabilidade. Isso porque, há um trato implícito no interrogatório, qual seja, o interrogatório é apresentado à pessoa não para dizer se tal fato ou tal situação ocorreram ou se são verdadeiros ou não, mas para que o psiquiatra possa isentá-lo de qualquer responsabilidade, seja moral, seja jurídica, desde que a pessoa assuma subjetivamente tais fatos como realidade e possa restituí-los como sintomas subjetivos da existência do indivíduo. Dessa forma, apresenta-se o trato: “Me dê seu sintoma, e eu removerei sua culpa.” (FOUCAULT, 2006, p.355).

Isto, juntamente com a confissão que se faz no interrogatório, garante a essa técnica da psiquiatria no século XIX, a forma de “reconstruir exatamente os elementos que caracterizam a atividade do diagnóstico diferencial na medicina orgânica.” (FOUCAULT, 2006, p.357).

Ao longo da história da psiquiatria em geral, e da psiquiatria forense, em particular, o interrogatório como técnica de saber e de exercício do poder médico vem desempenhando um papel fundamental. Os laudos forenses de insanidade mental e de cessação de periculosidade criminal dependem de informações quase exclusivamente obtidas por meio do interrogatório psiquiátrico. Devido à importância que assume para a análise do objeto da presente pesquisa, será dedicada mais adiante uma seção ao tratamento do tema.

A abordagem médica das relações entre loucura e criminalidade parece ter se estabelecido em alguns países europeus nas primeiras décadas do século XIX, com a presença nos tribunais de médicos opinando sobre determinados crimes e suas vinculações com doenças mentais. Questionava-se, então, se determinado crime poderia ser um sinal de doença. Diante desse tipo de questionamento aparece o conceito de monomania, basicamente referindo-se a alguém que cometeu um crime sem motivo aparente; esse crime seria o único sintoma de uma doença monossintomática. Tal preocupação dos psiquiatras com o crime e sua relação com a doença mental seria baseada na tentativa de

responder se todo louco é um potencial criminoso. Segundo Foucault (2006, p. 320), aqui não se trata mais da produção de verdade e sim da identificação do perigo. De fato, seria para proteger a sociedade que os psiquiatras se preocupariam com isso, pois em toda e qualquer experiência de loucura pode vir a existir um crime. Ao se utilizar de razões sociais para vincular a loucura e o crime, o psiquiatra estaria na verdade preocupado em fundar sua prática na defesa do social, visto que não haveria condições para localizar essa relação no campo da produção de verdade. (FOUCAULT, 2006).

A monomania “era nessa época uma doença que Esquirol havia definido como uma doença que explodia bruscamente e que se caracterizava pelo fato de que, precisamente, era súbita e tinha por sintoma principal a aparição súbita, pois, de uma conduta criminoso.” (FOUCAULT, 2006, p. 354). Tal conduta era incluída no grupo das diversas e questionáveis anomalias.

Se o médico de forma geral é chamado para atuar sobre a crise, o psiquiatra atua antes da crise, avaliando e decidindo se há doença. Assim, enquanto o papel principal do saber médico geral está na especificação da doença, o papel principal da psiquiatria está em decidir o que é e o que não é loucura. E é exatamente nesse ponto em que está baseado o seu poder. Frente a isso, decorre que se num hospital pretende-se identificar a doença e tratá-la para suprimi-la, no hospital psiquiátrico pretende-se dar realidade à loucura, e não suprimi-la. Pretende-se sim suprimir as manifestações da loucura, seus sintomas. (FOUCAULT, 2006).

Há, portanto, certas propriedades do discurso da psiquiatria forense que lhe garantem a validade do seu discurso, principalmente a “propriedade de poder determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, à liberdade ou à detenção de um homem. (...) Portanto, são discursos que têm, no limite, um poder de vida e de morte”. A segunda propriedade é que seu poder advém não necessariamente da instituição judiciária, mas “do fato de que funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque (são) discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição científica.” (FOUCAULT, 2002, p.08).

O discurso nada mais é do que o reflexo de uma verdade que está sempre a nascer diante dos seus olhos; e por fim, quando tudo pode tomar a forma do discurso, quando tudo se pode dizer e o discurso se pode dizer a propósito de tudo, é porque todas as coisas que manifestaram e ofereceram o seu sentido podem reentrar na interioridade silenciosa da consciência de si. (FOUCAULT, 2001, p.49).

Os relatórios dos peritos, dentre os outros enunciados no interior no sistema de justiça, detém certo privilégio. O estatuto de perito é beneficiado pelo valor de cientificidade do seu discurso, e assim, ainda que não sejam provas de acordo com o direito clássico,

são enunciados judiciais privilegiados que comportam presunções estatutárias de verdade, presunções que lhe são inerentes, em função do que as enunciam. Em suma, são enunciados com efeitos de verdade e de poder que lhes são específicos: uma espécie de supralegalidade de certos enunciados na produção da verdade jurídica. (FOUCAULT, 2002, p.14).

Esses enunciados possuem a especificidade de, apesar de terem efeitos judiciais, não responderem às mesmas regras do direito e de um discurso científico. Esses discursos do perito psiquiatra têm a possibilidade de dobrar o delito, ou seja, apesar de sua qualificação na lei, há uma série de comportamentos que são apresentadas como motivação do delito, a origem do delito. Com isso, serão esses discursos do perito psiquiatra que produzirão a matéria punível, e as noções de *imaturidade psicológica*, *personalidade pouco estruturada*, *sérios distúrbios emocionais* etc., irão ultrapassar o delito em si para inscrever a infração no âmbito do individual, pois o “exame permite passar do ato à conduta, do delito à maneira de ser, e de fazer a maneira de ser se mostrar como não sendo outra coisa que o próprio delito, mas, de certo modo, no estado de generalidade na conduta de um indivíduo.” (FOUCAULT, 2002, p.20).

Estas noções são, de fato, qualificações morais, as quais também são regras éticas, e por esse motivo o exame psiquiátrico constrói uma versão psicológica-ética do delito. Ao fazer isso, ele deslegaliza a infração tal como ela é determinada na legislação e faz do delito uma irregularidade frente a regras morais, sociais, psicológicas e também fisiológicas. Com isso, o que o juiz vai condenar não é mais o delito, o crime, e sim as condutas irregulares do indivíduo, que foram a causa desse crime. Assim, o exame psicológico consegue transferir a aplicação da punição da infração, legislativa, para a “criminalidade apreciada do ponto de vista psicológico-moral”. O que a psiquiatria faz é legitimar como conhecimento científico a punição que se aplica a algo que não é mais a infração, o “essencial é que ele permite situar a ação punitiva do poder judicial num corpus geral de técnicas bem pensadas de transformação dos indivíduos.” (FOUCAULT, 2002, p.22-23).

O exame psiquiátrico ainda dobra o autor do delito com o personagem *delincente*. Se inicialmente o psiquiatra era chamado para periciar sobre o estado de demência do autor

de um crime no momento do ato, definindo se ele era ou não responsável pelos seus atos no instante do delito, a partir do século XVIII, o exame passa a determinar os antecedentes da penalidade. Com essa elaboração dos antecedentes, tenta-se apresentar que a pessoa já era parecida com o crime antes mesmo de tê-lo cometido. O que significa que se põe em evidência o que Foucault (2002, p.24) chama de condições *parapatológicas*, isso porque aparece como doença o que não é uma doença, patologizando um defeito moral. Como se verá mais adiante, a biografização como estratégia da anamnese que comanda o interrogatório forense, permanece ainda contemporaneamente como um dos principais recursos da psiquiatria forense na arbitragem da criminalidade.

Assim, o sujeito está na esfera do desejo, na forma do crime. E esse desejo do crime está relacionado com um problema, uma fraqueza, do indivíduo. Então, o que aparece no exame psiquiátrico é a lista de sintomas parapatológicos que não pretendem dar conta do questionamento sobre a responsabilidade do periciado. Em decorrência, o sujeito jurídico deixa de existir para os magistrados e passa a ser um “objeto de uma tecnologia e de um saber de reparação, de readaptação, de reinserção, de correção. Em suma, o exame tem por função dobrar o autor, responsável ou não, do crime, com um sujeito delinqüente que será objeto de uma tecnologia específica”, a do manicômio judiciário. (FOUCAULT, 2002, p.27).

Como o exame tem muitas vezes valor de demonstração da possibilidade da criminalidade, ele descreve o delinqüente, suas condutas “paracriminosas” pregressas. O psiquiatra assume aqui a condição de médico-juiz, ao transferir o indivíduo da condição de réu para a condição de condenado. Diante disso, aparecem para o psiquiatra perito questões a serem respondidas, tais como se o indivíduo é perigoso; se pode ser curado ou readaptado. Com isso, o juiz espera que se indique a técnica de normalização à qual o doente mental delinqüente deverá ser submetido, visto que este indivíduo não é mais juridicamente responsável ou passível de punição judicial. (FOUCAULT, 2002).

A biografização não proporciona, em si mesma, explicações do ato criminoso, mas estabelece analogias criadas entre o crime e determinadas situações da vida do periciado. Esta característica do exame médico-legal contemporâneo tem a função de funcionar como ponte entre categorias jurídicas, de forma com que àquele que não se pode punir devido a sua *imaturidade psicológica, personalidade pouco estruturada* possa estar incluído no discurso médico psicopatológico, e substituir somente por uma instituição alternativa o destino do acusado, não mais em prisão, mas em hospital psiquiátrico. Cabe ressaltar que

não há uma real preocupação com a punição desse indivíduo, pois as chances de sair do hospital psiquiátrico, efetivamente, são as mesmas que sair da prisão, visto que o psiquiatra determinará quando o paciente estará “curado”. (FOUCAULT, 2002).

A revalidação dessa relação entre poder psiquiátrico e poder judiciário ocorre graças a noção de perigo. Esse indivíduo perigoso não pode conviver juntamente com a sociedade, e para ele está destinada a instituição, seja ela uma prisão, no pólo judiciário, ou um hospital psiquiátrico, no pólo terapêutico. Neste caso, esse indivíduo que se localiza exatamente no limiar da loucura e da criminalidade é o indivíduo perigoso. Com isso, apresenta-se o problema “do perigo social: isto é, ele será também o discurso do medo, um discurso que terá por função detectar o perigo e opor-se a ele. É, pois, um discurso do medo e um discurso da moralização (...)”.(FOUCAULT, 2002, p.44).

De acordo com Foucault (2002), tem ocorrido uma regressão histórica desde o século XIX até a atualidade. O perito psiquiatra está desvinculado do saber psiquiátrico de forma geral. O exame psiquiátrico forense não se desenvolveu e continua a ser realizado nos mesmo moldes do século XIX, encontra-se na “gradação do normal ao anormal”, e “é na medida em que constitui o médico-judiciário como instância de controle, não do crime, não da doença, mas do anormal, do indivíduo anormal, é nisso que ele é ao mesmo tempo um problema teórico e político importante.” (FOUCAULT, 2002, p.52-53).

Com o início do século XIX, aparece uma nova preocupação, o delinqüente e as motivações de seus delitos. A Verdade baseada na ciência substitui o critério de verdade antes situado no campo da moral religiosa. O sistema judiciário passa aos poucos a ceder lugar para o recente Direito Positivo – “positivo porque objetivo: o crime é uma abstração, o que existe é o criminoso”. Em contrapartida, há também o desenvolvimento da Psiquiatria dentro da Medicina, passando a ser uma especialidade desta e a ser reconhecida como um campo de exercício profissional. Se no início do Direito Positivo há um período de disputa entre as áreas médica e jurídica, logo um problema surge e dissolve esse conflito entre estas duas instâncias, que é o questionamento sobre a sanidade mental do réu. Com essa questão a ser resolvida, a psiquiatria é chamada como especialidade para resolver esse problema, sendo responsável por apresentar a “evidência” da loucura ou não do acusado. Localizada nesse espaço médico-judicial, a psiquiatria consegue para si um campo de intervenção entre a repressão do crime e a ação preventiva. (JACÓ-VILELA et all, 2005).

Esse

Direito Positivo rejeita como “metafísica” a noção de livre arbítrio, tão cara aos iluministas e ao Direito Clássico, e concentra seu olhar não no



crime, mas no criminoso; não na punição, mas no tratamento e na regeneração. Seus interesses são a investigação da subjetividade, da interioridade dos criminosos, além de definir os meios adequados de tratamento para transformá-los em cidadãos disciplinados e obedientes, visto que os métodos anteriores, pretendendo somente punir o crime, não surtiam efeito educativo sobre o criminoso. A pena tem, pois, o caráter duplo de recuperação do indivíduo e de proteção social. Aqui adota-se tanto a técnica do “inquerito”, que vai possibilitar abstrair elementos comuns e criar classificações, quanto a do “exame”, que permite o escrutínio detalhado, revelador do mundo interno de cada um. (JACÓ-VILELA et al, 2005, p.21).

## **2.2. Sobre a trajetória do contexto institucional da Psiquiatria Forense no Brasil**

Da mesma forma que na Europa, a psiquiatria brasileira nasce no âmbito do hospício, enquanto estabelecimento criado para albergar os loucos, como uma classe particular de protagonistas de comportamentos desviantes. Com a criação dos hospícios, a loucura ingressa num novo espaço de observação e tratamento. A esse impulso de reinserção social da loucura num novo espaço respondeu o emblemático gesto do médico Phillippe Pinel, libertando os loucos das correntes que os prendiam dos porões do Hospital de Bicêtre, do qual era diretor, em plena Revolução Francesa. Mediante esse gesto, o louco começou a libertar-se de certas formas de exclusão e confinamento para ser inserido em um novo espaço de observação e custódia, agora sob a lógica científico-técnica. (RUSSO, 1993).

Mas, diferentemente do que ocorria na Europa, até meados do século XIX, não existia no Brasil nenhum estabelecimento especificamente destinado aos alienados mentais. Vagando pelas ruas ou vítimas do encerro e maus tratos nas prisões, a condição social dos loucos tornou-se foco de atenção da corporação médica, especialmente com a campanha iniciada pelo médico português José Clemente Pereira, formado na França, e figura de destaque no cenário político do Rio de Janeiro, sob o slogan “Aos loucos, o hospício”. Tratava-se de uma campanha que pretendia repetir, em terras brasileiras, o mesmo gesto libertador de Pinel. (Russo, 1993)

Com efeito, a partir de 1830, médicos higienistas do Rio de Janeiro passaram a requisitar a construção de um hospício para os loucos, criticando as insalubres celas da

Santa Casa de Misericórdia, os castigos corporais que os doentes mentais sofriam e, de forma geral, os métodos de tratamento dos hospitais gerais. (COSTA, 1976). As Santas Casas de Misericórdia acolheram os doentes mentais em seus hospitais pelo período do primeiro reinado e também na época das regências. Enquanto que os pacientes clínicos e cirúrgicos ficavam nos andares de cima, aos "loucos" eram destinados os porões, geralmente abaixo do piso reservado aos pacientes com cólera. De acordo com Bastos (2007), os loucos mais agitados eram presos ao tronco para serem espancados pelos guardas.

Pouco tempo depois, em 18 de Julho de 1841, exatamente no dia em que assumiu o trono, Dom Pedro II assinou o decreto de fundação do Hospício Pedro II, finalmente inaugurado em 1852. Durante quase quatro décadas, esse estabelecimento permaneceu sob o domínio de uma congregação de freiras e de uma administração que respondia ao poder político. Recém com a Proclamação da República e sob os protestos do médico José Carlos Brandão, o hospício passa a ser uma instituição de assistência médica, com a substituição das freiras por funcionários de enfermagem e a transferência da direção para um médico. (COSTA, 1976).

Já em nesse período, a partir de 1835, os doentes mentais e os menores de 14 anos são considerados juridicamente inimputáveis de acordo com a lei de 04 de junho desse ano. (RIGONATTI, 2003). Em 1890 o Hospício D. Pedro II passa a ser o Hospital Nacional dos Alienados, sob responsabilidade do Estado e não mais da Santa Casa de Misericórdia. (COSTA, 1976). Apesar da lei de 1835 legislar sobre a inimputabilidade dos doentes mentais e dos menores de 14 anos, não há dados que comprovem que ela tenha sido de fato efetivada e quem determinaria sua aplicação.

Nesse momento, as faculdades de Medicina do Rio de Janeiro contavam apenas com cátedra de Medicina Legal. No entanto, as principais preocupações temáticas, tanto no âmbito do ensino da medicina como da produção científica correspondiam estavam dominados pela questão da higiene pública. De acordo com levantamentos realizados por alguns pesquisadores (Russo, 1993; Schwarcz, 2003; Venâncio, 2005), a publicação de trabalhos vinculando medicina legal e “alienação mental” cobraria impulso recém a partir da segunda década do século XX.

A institucionalização da psiquiatria esteve marcada por essa impronta higienista e indissolúvelmente ligada à medicina legal. Os primeiros responsáveis médicos dos hospícios e das cadeiras de psiquiatria nas universidades foram médicos legistas.<sup>1</sup>

É possível portanto afirmar que a medicina legal foi praticamente o berço da psiquiatria brasileira. Esta raiz comum que une as duas especialidades não é de modo algum fortuita. As relações de proximidade e conflito entre a medicina legal e a psiquiatria demonstram de forma exemplar a importância do discurso médico em geral, e do psiquiátrico em particular, na definição das questões políticas fundamentais para a nova sociedade que emergia. (Russo, 1993, p. 9).

Outra marca de nascimento da psiquiatria, que perdurará ao longo de sua trajetória posterior, é seu deslocamento precoce do epicentro da medicina clínica. Segundo Medeiros (1977, p. 82, apud Venâncio), as aulas da cadeira de psiquiatria ministradas no Pavilhão de Observação, criado em 1893, eram facultativas e destinadas aos alunos do sexto ano de medicina. Tinham duração de um semestre, e a única exigência acadêmica limitava-se a freqüentar as aulas. Evidentemente, eram poucos os estudantes que compareciam, "pois a idéia prevalente era de que maluco teria que ser jogado no hospício onde dificilmente se curaria, e pouca gente queria especializar-se em matéria na qual os rendimentos seriam tão pouco vantajosos." Ao mesmo tempo, nenhuma atividade de ensino da psiquiatria era realizada fora do âmbito do hospício, já que a própria cátedra de psiquiatria estava hierárquica e funcionalmente inserida nele. Portanto, o campo da assistência - fortemente impulsionado pelo higienismo que comandava a administração do espaço público da saúde nesse período - e as sociedades de tipo científico e filantrópico - constituíram-se no espaço dentro do qual a psiquiatria brasileira se institucionalizou, o que, como será analisado mais adiante, deixou marcas que perduram até o presente. Tratava-se de uma institucionalização que determinava uma clara marginalização da psiquiatria no próprio âmbito acadêmico da medicina.

De acordo com os estudos disponíveis (Venâncio, 2003), durante as três primeiras décadas do século XX, o movimento da higiene mental ganha um forte impulso no Brasil, a partir da articulação de elementos do alienismo francês, do cientificismo organicista da psiquiatria alemã, e dos projetos políticos voltados para o enfrentamento dos problemas sociais.

---

<sup>1</sup> No Rio de Janeiro, o primeiro catedrático de medicina legal, J. M. Cruz Jobim, seria também, entre 1841 e 1852, o médico do Asilo Provisório, instituição que perdurou até a inauguração do Hospício de Pedro II. (Venancio,

Longe de compartilhar da visão essencialmente difusa que o diagnóstico dos primeiros alienistas evidenciava em suas alternativas basicamente voltadas para a identificação e exclusão asilar do indivíduo "tarado" ou nocivo, a psiquiatria preventiva dos anos 30 identifica mais precisamente o lugar do perigo, nomeia expressamente este lugar e preconiza medidas concretas para seu enfrentamento que tem uma outra amplitude. (Cunha, 1986, p. 192 apud Venâncio, 2003).

Nesse período ocorre no Brasil a transformação do asilo em hospital psiquiátrico. Trata-se de uma transformação que instituirá o mandato social para a psiquiatria cumprir um papel específico na organização das respostas sociais, e particularmente estatais, ao problema social gerado pela loucura. (Machado et all., 1978; Portocarrero, 1990; Amarante, 1982; Jabert, 2005 )

Todo esse processo vem confirmar as análises de Foucault (1978) a respeito da importância do espaço hospitalar para a constituição do saber e do exercício do poder médico. A medicalização do hospício implicou na reorganização administrativa, arquitetônica e disciplinar do modelo asilar, fazendo com que o saber e o poder médicos contassem com as condições de possibilidade de produção de novos saberes e formas específicas de intervir em torno da loucura.

No entanto, a instituição asilar, mesmo quando começou a adotar uma estrutura hospitalar, não teve um surgimento e distribuição homogêneos no Brasil. No período da Primeira República, apenas alguns estados da União criaram asilos ou colônias de alienados, o que terá repercussões no desenvolvimento da assistência e formação dos psiquiatras ao longo do século XX. (Jabert, 2005).

O desenvolvimento da psiquiatria forense e, em particular, a administração das relações entre loucura e crime, vai exibir uma trajetória igualmente heterogênea que se manifesta até o presente e cujas raízes podem ser atribuídas a essas marcas de origem.

Na primeira legislação criminal brasileira, que corresponde ao *Código Criminal do Império do Brasil* (1830), não foi previsto nenhum tipo de tratamento especial para os "loucos de todo gênero" que houvessem cometido crimes. Devido a isso, eles geralmente eram confinados nas instituições a eles reservadas ou no seio dos próprios lares, cabendo a decisão exclusivamente ao juiz. (Almeida,

A obrigatoriedade de realização de perícias médicas e a criação de asilos e ou de alas especiais para os doentes mentais criminosos vai concretizar-se recém em 1903, a partir do Decreto 1132, impulsionado pela atuação legislativa de Teixeira Brandão. Nesse

momento, foi aprovado o Regulamento de Assistência a Alienados do Distrito Federal. Somente então foram previstas legalmente tanto a obrigatoriedade da realização de perícia médica para internação em manicômios quanto a necessidade da criação de alas especiais para os loucos criminosos nos asilos para alienados existentes (Carrara, 1987, p. 49)

A malha institucional brasileira nesta área se mantém, até o presente, bastante heterogênea e complexa:

No Brasil, por outro lado, a heterogeneidade é bastante evidente.<sup>3</sup> As próprias instituições oficiais que realizam perícias psiquiátricas na área criminal nos diversos estados estão subordinadas a diferentes órgãos. Por exemplo: no Distrito Federal, o Instituto Médico Legal, responsável por tais perícias, está vinculado à Secretaria de Segurança Pública, enquanto que no estado de São Paulo, este tipo de trabalho está subordinado também à Secretaria de Justiça. Ademais, em algumas situações especiais, algumas universidades também são solicitadas a realizar perícias.

De fato, a maioria dos estados brasileiros não dispõem de unidades de tratamento psiquiátrico-forense, além de serem inúmeras as cidades brasileiras que não possuem peritos oficiais em psiquiatria forense. (Abdalla-Filho, 2003).

Em Santa Catarina, durante o governo do Interventor Nereu Oliveira Ramos (1936-1947), foram construídos na Grande Florianópolis, dois grandes hospitais colônias, ambos destinados ao tratamento de pacientes com doenças crônicas ou graves: Hospital Colônia Sant'Ana (HCS), criado em 1941, especificamente destinado ao tratamento de pacientes psiquiátricos, e o Hospital Colônia Santa Teresa, criado em 1943, destinado ao tratamento de pacientes com hanseníase. Outro empreendimento desse porte no mesmo período foi a criação do Hospital Nereu Ramos em 1940, para o isolamento e tratamento de pacientes portadores de tuberculose e de outras doenças infecto-contagiosas. (PAULING e TURATO, 2001)

Durante as décadas de 1941 a 1960, a assistência aos doentes mentais era basicamente hospitalocêntrica, e o tratamento do doente mental visava afastá-lo do convívio familiar e social, acreditando-se que dessa forma, o doente poderia obter benefícios terapêuticos e o meio poderia ser saneado com sua ausência. (Borenstein et.all 2007).

Como tem apontado Russo (1993), apesar da sofisticação e tecnificação experimentadas pela psiquiatria ao longo do século XX, manteve-se intacto o hospício como instrumento e base de operações do saber e do poder médico. Essa característica tem

sido um pilar da psiquiatria forense na área criminal como disciplina e como profissão, fazendo do encerro nos manicômios judiciários ou hospitais de custódia uma das principais condições de possibilidade de seu próprio desenvolvimento.

Aquele foi um período em que a psiquiatria procurava se estabelecer na condição de especialidade médica e seu espaço de atuação passou a ser reconhecido como tal. O próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as denominações 'hospício', 'asilo', 'retiro' ou 'recolhimento', reconhecendo a categoria 'hospital'. Buscavam-se novas técnicas terapêuticas que substituíssem o papel meramente custodial predominante. Os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica eram introduzidos em nosso país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulinoterapia e a eletroconvulsoterapia, e tentavam afirmar para o psiquiatra sua função médica verdadeira.

Ao mesmo tempo em que a psiquiatria lutava pelo seu reconhecimento como especialidade médica, o hospital psiquiátrico se afirmava cada vez mais como espaço de atuação. No entanto, a partir da década de 1950, já se observavam sinais claros de um progressivo caos e deterioro das estruturas hospitalares nesta área, caracterizados pelo abandono e péssimas condições de vida dos pacientes internados.

### **2.3. Sobre a trajetória das funções forenses da psiquiatria no Brasil**

A questão da (in)imputabilidade criminal tem sido, e ainda é, um dos principais objetos de intervenção da psiquiatria forense. Se os loucos são considerados inimputáveis, não é possível, em princípio, que sejam penalmente julgados pelo crime cometido. No código de 1890, o Hospício dos Alienados era apresentado como o local ao qual deveriam ser encaminhados esses doentes mentais que cometessem algum delito inicialmente. Essa era a estratégia desenvolvida pelo alienismo da época, e era nesse termos que o espaço público assumia a responsabilidade pela tutela desta classe de alienados. (PERES; NERY FILHO, 2002).

No século XIX, a relação entre violência e doença mental cumpriu um papel fortemente estruturante do saber psiquiátrico. . “A prática e o saber psiquiátricos constroem-se, dessa forma, em estreita relação com o campo da justiça criminal, questionando os pressupostos da doutrina clássica do direito penal tais como

responsabilidade e livre-arbítrio (Castel, 1978; Harris, 1993; Foucault, 1991, 1990).” (PERES; NERY FILHO, 2002, p.336). A psiquiatria ampliou os limites da anormalidade e também atuou como instância de controle social ao aderir à teoria de degenerescência de Morel e à antropologia criminal de Lombroso.

No Brasil, observou-se um desenvolvimento tardio do alienismo. Porém, a relação entre a loucura e a criminalidade fez parte de discussões teóricas e políticas, nas quais o campo do direito criminal garantiu seu lugar de destaque, gerando debates entre alienistas e magistrados, derivando na constituição de uma intervenção penal para os doentes mentais delinquentes. (PERES; NERY FILHO, 2002).

O Código Criminal do Império de 1830 tipificava os doentes mentais como os "loucos de todo gênero". Este termo ainda continuava a estar presente no Código Civil de 1916. (PICCININI, ODA, 2009). Com a abolição da escravatura, o Código Criminal do Império foi reformado e foi aprovado como lei em 11 de outubro de 1890. Esse passou a ser o primeiro Código Penal da República, trazendo significativas alterações “no estatuto jurídico penal do doente mental e seu destino institucional”. (PERES; NERY FILHO, 2002, p.337). Essas alterações aparecem nos artigos 1, 7, 27 e 29:

*Art 1. Ninguém poderá ser punido por fato que não tenha sido qualificado crime, nem com penas que não estejam previamente estabelecidas.*

*Art 7. Crime é violação imputável e culposa da lei penal.*

*Art 27. Não são criminosos:*

*§3. os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;*

*§4. os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime.*

*Art 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público.*

Em 1934 foi promulgada a lei que dispõe sobre a assistência aos doentes mentais, aos “psicopatas” – Decreto nº 24559 de 03 de julho –, inclusive garantindo a fiscalização dos serviços psiquiátricos. (COSTA, 1976; RIGONATTI, 2003). Posteriormente, em 1960, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e nesse momento o Estado passa a solicitar os serviços psiquiátricos do setor privado para *as perícias médicas* do INPS. (PICCININI, ODA, 2009).

É a lei, por meio do Código Penal Brasileiro - Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - que apresenta uma primeira concepção do indivíduo inimputável. Segundo o artigo 26, é “isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Esse é o indivíduo criminoso destituído de razão. (PAVEZI, 2009).

Ou seja, efetivamente, a partir do Código de 1940 a doença mental passa a ser considerada causa excludente de culpabilidade. Isto porque este código apresenta dois tipos de resposta social: a pena, sendo definida de acordo com o grau de culpabilidade do indivíduo e a gravidade de seu ato; e a medida de segurança, baseada na avaliação do nível de periculosidade do acusado. Com isto, passava a ser competência dos psiquiatras a avaliação do "estado perigoso" daqueles que tivessem cometido algum crime. Esta medida de segurança ao mesmo tempo que alcança os "*loucos criminosos*", lhes garante sua absolvição do ponto de vista penal. Ou seja, esses doentes mentais não podem sofrer alguma punição, mas devem receber tratamento. Para isto há a necessidade da medida de segurança com internação em manicômio judiciário, especialmente pela periculosidade do paciente presumida por lei. Na verdade, a medida de segurança era não somente aplicável aos doentes mentais que infringissem a Lei, mas também a alguns casos específicos como os reincidentes em crimes dolosos e/ou aos aliados de quadrilha de criminosos (C.P. art. 78). (MITJAVILA, 2010; CORREIA et all, 2007; COHEN, 1999). Em 1984, o Código Penal de 1940 teve sua Parte Geral revisada, reservando a qualificação de periculosidade social apenas aos doentes mentais que infringirem a Lei (C.P. art.97), restringindo a medida de segurança para os doentes mentais penalmente inimputáveis.

Houve também nesse ano a promulgação da Lei de Execução Penal (LEP), n. 7.209, de 11 de julho de 1984, criada com três objetivos principais: garantir o bem-estar do condenado; classificar o indivíduo e individualizar sua pena; e dar assistência durante o período de cumprimento da pena. Contudo, quanto à sua efetividade, percebe-se “um grande abismo” entre a realidade e a legislação, dando a sensação de “letra morta” à Lei de Execuções Penais. (JUNIOR, 2009).

Aqui cabe ressaltar que Escorel (1905, p. 49 apud PERES; NERY FILHO, 2002, p.339), comenta o Código Penal, destacando a diferença existente entre imputabilidade e responsabilidade. Se imputar relaciona-se com atribuir uma ação a um sujeito, a imputabilidade é uma qualidade que garante uma relação causal entre alguém e uma ação,



que aqui é delituosa. Já a responsabilidade está relacionada com as conseqüências do ato praticado. Assim, os loucos não são responsáveis pelos atos cometidos por estarem compreendidos no parágrafo 4 do artigo 27 como inimputáveis, se não lhes são atribuídos os atos, tampouco respondem legalmente por eles, estando isentos de sanções penais. Se a estratégia alienista já se ocupava com o controle social, a questão dos doentes mentais perigosos aparece como mais uma função.

De acordo com o novo Código Civil, há a possibilidade, segundo seu artigo 1.772, da interdição parcial: “pronunciada a interdição (...) o juiz assinará segundo o estado, o desenvolvimento mental do interdito, os limites da curatela”. Isso permite que o juiz limite a curatela, para que o doente mental possa praticar alguns atos da vida civil sem a interdição total. Já àquele que estava interditado totalmente, antes do atual Código Civil, é possível a revisão dessa interdição, visando alcançar uma interdição parcial. Caso o curador não quiser fazer o requerimento, o Ministério Público pode ser acionado. A Lei 10.216 se aplica também ao usuário de álcool e outras drogas, pois estes estão com a saúde mental comprometida, ou que possuem transtorno mental decorrente do uso de álcool e drogas. Aqui a perícia médica será necessária para uma avaliação acerca do grau de comprometimento mental pelo uso do álcool e/ou outras drogas. Cabe destacar a diferença entre curatela e tutela, pois aquela é específica para os incapazes por problemas mentais, assim como para os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e também os pródigos, enquanto que a tutela é somente para o menor de idade sem representante legal. (ALVES, 2004).

As medidas acima comentadas aparecem nos arts. 96 e 97 do atual Código Penal Brasileiro da seguinte forma;

Art. 96. As medidas de segurança são: I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; II - sujeição a tratamento ambulatorial. Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. **Imposição da medida de segurança para inimputável**

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. **Prazo** § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, instância em que o movimento de trabalhadores da área de saúde mental reivindicou uma sociedade sem manicômios e fomentou uma campanha para que o dia 18 de maio passasse a ser o dia Nacional da Luta Antimanicomial. Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, teve mais conseqüências políticas que a primeira conferência ao propor a criação e instalação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, a qual estaria relacionada com o Conselho Nacional de Saúde e representantes dos participantes do movimento, inclusive de pacientes e familiares. (PICCININI, ODA, 2009).

Enquanto à legislação sobre saúde mental, pode-se dizer que a Lei de 1903 representou no Brasil a definição da psiquiatria como especialidade médica. Enquanto que o Decreto de 1934 mostrou e evidenciou a medicina preocupada com a profilaxia e a higiene mental, visando superar os males que afetavam o povo. Também com esse decreto, surge o médico psiquiatra como perito para determinar a existência ou não da doença mental. Porém, foi com o projeto de lei de 1989 que a percepção sobre a reforma psiquiátrica se mostrou imprescindível, especificamente no que tange à luta pelos direitos humanos e sociais dos doentes mentais. Após este decreto, há a promulgação da Lei 10.216 (2001), a qual é na realidade um documento de intenções. Nela estão presentes princípios como a proteção dos doentes mentais e o anseio de melhorias no atendimento desse segmento da população.. De fato, esta lei atual anseia garantir os direitos básicos do doente mental, reconhecendo a internação psiquiátrica integral não como um problema, mas como mais um recurso terapêutico – desde que o atendimento seja de boa qualidade –, ainda que destaque a urgência de políticas que objetivem a desospitalização. (PICCININI, ODA, 2009).

Quando se fala de Psiquiatria Forense e Manicômio Judiciário, a ambigüidade está sempre presente, ao se pensar nas dicotomias “guarda/enfermeiro, presos/pacientes, pena/tratamento, hospital/prisão” envolvidas nesse contexto (DELGADO, 1992, p. 57). Esse espaço, que comporta pacientes internados por longos períodos ou aguardando os exames periciais, cumpre duas classes de funções, a de custodiar, mas também a de tratar doentes mentais perigosos, se definindo como um misto de hospital e presíd o. Esta característica seria responsável pelo caráter ambíguo da instituição e dos profissionais inseridos nela, tanto pelo fato de custodiar e tratar ao mesmo tempo, como pelo fato de as ações terapêuticas e diagnósticas do médico responderem aos imperativos e normas do sistema jurídico penal. Segundo Carrara (1987 apud PINTO, 2004, p.69), as práticas e os

pensamentos jurídicos e médicos encontram no manicômio judiciário o espaço privilegiado para sua junção.

Juntamente com esse caráter ambíguo, a psiquiatria forense desenvolveu-se no Brasil a partir de uma impronta fortemente moralizadora, a qual esteve presente desde suas origens. Essa orientação já podia ser observada nas diretrizes da Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, criada em 1923, no Rio de Janeiro. Os psiquiatras que faziam parte dessa liga faziam parte, também, da elite do Rio e da psiquiatria brasileira, e se engajaram em campanhas públicas nas quais se definiam como higienistas. Segundo Costa (1976), a atmosfera psiquiátrica do Brasil estava repleta de conotações ideológicas, e a psiquiatria contribuiu significativamente a nutrir o contingente de empresários morais das diversas campanhas que preconizaram normas e valores em defesa da higiene e da saúde pública. Nesse contexto, o caráter eugênico das intervenções médicas não pode ser negligenciado, já que representou uma estratégia que permitiu ampliar as fronteiras da medicalização da vida social, justificando, assim os anseios culturais dos psiquiatras e seus caminhos ideológicos.

O conceito de eugenia foi elaborado pelo fisiologista Galton, significando o estudo de fatores socialmente controláveis capazes de elevar ou rebaixar, tanto fisicamente quanto mentalmente, as qualidades raciais das gerações futuras. (COSTA, 1976, p. 35). Inicialmente, o eugenismo era aplicado unicamente para a “higiene psíquica individual”, buscando a prevenção das doenças mentais do ponto de vista da herança genética, mas ainda mantendo-se próxima da psiquiatria organicista, e assim justificando as medidas eugênicas. Desta forma, afastando a reprodução dos “anormais”, acreditava-se estar eliminando os alienados delinquentes.

As idéias eugenistas se transformaram em um artefato conceitual para a psiquiatria, de tal forma que em 1934 que sua presença nos programas de higiene mental vai se mostrar como um elemento constante. O eugenismo deixava nesse momento os estreitos limites da hereditariedade da doença mental para se estender ao estabelecimento de relações entre a loucura e a criminalidade por um lado, e as origens étnicas dos indivíduos, por outro. Dessa forma, “os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços, foram assim considerados patológicos em si e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia.” (COSTA, 1976, p. 46).

De acordo com Costa (1976) três acontecimentos teriam exercido influencia esse direcionamento da psiquiatria: a revolução política de 1930 – durante a qual o governo apoiou a LBHM –; o aumento da propaganda eugênica – tanto propagando mais intensamente quanto propagando novas idéias sobre higiene mental –; e a aproximação das idéias da psiquiatria brasileira com a psiquiatria alemã – um dos berços do eugenismo rascista.. (COSTA, 1976).

Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906) aparece como o mais relevante autor brasileiro no que tange ao estudo das relações entre raça e crime. Fortemente influenciado por Lombroso, afirmava que tanto o criminoso nato quanto os loucos criminosos não podiam ser moralmente responsabilizados. Ao mesmo tempo, acreditava que os negros estavam em um estágio anterior de civilização àquele em que se encontravam os brancos e que apresentavam uma capacidade inferior de assimilar a cultura européia. Para Rodrigues, essas seriam razões suficientes para sustentar a idéia de que o negro transportava um fator de degeneração para a população brasileira, constituindo-se o mestiçamento, portanto, em fator decisivo de degeneração e em conseqüente causa de desvelo para as elites.

Outra figura de grande influência na psiquiatria forense brasileira foi Heitor Carrilho (1890-1954), médico psiquiatra que começou sua carreira no Hospital Nacional de Alienados, como encarregado dos “criminosos loucos”. Ele fez parte do grupo de médicos que lutou para que fosse inaugurado o Manicômio Judiciário em 1921, tendo sido o seu primeiro diretor. Entretanto, seus principais esforços dirigiram-se “construir os fundamentos ‘clínicos’ da psiquiatria forense no Brasil” (DELGADO, 1992, p. 62). Com a inauguração do Manicômio Judiciário em 1921, os internos do Hospital Nacional de Alienados foram transferidos para essa nova instituição dirigida por Carrilho no Rio de Janeiro.

Essa instituição destinava-se à internação de condenados das prisões federais que apresentassem sintomas de loucura ou que devessem ser submetidos a observação especial ou tratamento, bem como de delinqüentes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental. Classificava os pacientes segundo dois critérios: o estado consciente no momento do crime, sendo nesse caso “temíveis”, e seu grau de “corrigibilidade”. (JACÓ-VILELA et all, 2005, p.26).

Em 1930, Carrilho se apóia na noção de “estado degenerativo” como ferramenta diagn. (DELGADO, 1992). Este conceito passa a servir tanto ao comentador do Código Criminal do direito clássico, como também ao “psiquiatra ‘missionário do direito positivo’, quando precisa demonstrar que os estigmas lombrosianos são coisa do passado”, pois para Carrilho (1919,p. 279), os caracteres morfológicos gerais e especiais dos delinquentes não demonstraram a especificidade prometida. Mas a idéia de degeneração vai permanecer em toda a argumentação de Carrilho até os anos 50. (DELGADO, 1992, p. 80).

É preciso destacar que Carrilho defendeu a individualização do criminoso, tanto do ponto de vista da pena como da abordagem terapêutica. Para ele, não importava tanto determinar a sanção para o crime como desvendar a personalidade do criminoso, já que, na sua concepção, o crime seria apenas um “sintoma” da anormalidade do indivíduo criminoso, e não poucas vezes, seria o único sintoma perceptível. (JACÓ-VILELA et all, 2005).

No período que vai de 1962 a 1994 a psiquiatria forense teria experimentado um considerável declínio de sua atividade científica no âmbito nacional. (PICCININI; 2004). Nesse período, muitos dos psiquiatras forenses estavam atuando como peritos oficiais nas penitenciárias, nos hospitais forenses ou lotados no Poder Judiciário. Mas, segundo Piccinini (2004), era perceptível o desinteresse pelo trabalho assim como o predomínio de certo constrangimento identitário, ainda que no restante do mundo a relação entre a Psiquiatria e a Lei mostrasse sinais de desenvolvimento vigoroso.. Paralelamente, a garantia dos direitos humanos dos doentes mentais era reivindicada na sociedade e estavam sendo desenvolvidas novas formas de estudar a mente humana, assim como formas alternativas de tratamento.

Dentre essas, destacam-se as contribuições do pensamento de Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, responsável por promover uma importante reforma no tratamento dos doentes mentais italianos. Ele pretendia realizar uma transformação institucional no campo da psiquiatria, buscando um rompimento com a psiquiatria enquanto ideologia. Sua idéia pode ser dividida em quatro premissas fundamentais, quais sejam, (i) o desmonte da forma tradicional dos manicômios, do aparato manicomial, isto é, lutando contra a institucionalização; (ii) o movimento a favor da incorporação de saberes científicos capazes de gerar novas ideologias e novas intervenções manicomiais; (iii) a substituição da tutela por um “contrato social”; e (iv) realização dessas transformações através de mudanças no campo político e social. (AMARANTE, 1994).

Como diretor do manicômio Gorizia (cidade italiana), em 1961, realizou mudanças significativas no ambiente, através da criação de uma comunidade terapêutica e da reinserção de vários pacientes internados na sociedade. Para Basaglia, em alguns casos a loucura, a letargia e falta de ânimo dos pacientes na realidade era consequência do ambiente do hospício. Ou seja, era imprescindível trazer a comunidade para o hospital garantindo a convivência dos pacientes com outras pessoas. Contudo, não foi ele que elaborou o termo antipsiquiatria, o qual foi criado David Cooper que, juntamente com Ronald Laing – ambos psiquiatras - firmou em Londres as bases da antipsiquiatria. A idéia principal é a da aproximação do terapeuta com o paciente doente mental, tornando mais humano o tratamento e acelerando o processo de cura. Eles aproximaram-se de teorias sistêmicas, priorizando o tratamento pelo consciente. Ainda que a antipsiquiatria tenha mexido com os profissionais dos manicômios, sua proposta não conseguiu se concretizar na prática. Basaglia, porém, tinha o horizonte político como um diferencial. Ele pretendia mudar não apenas o atendimento, mas especialmente as leis de assistência ao doente mental, visando, por exemplo, a aposentadoria financiada pelo Estado para o doente mental. Cabe destacar ainda a influencia no Brasil do movimento, desenvolvido no contexto norte-americano e liderado pela Organização Panamericana de Saúde, da psiquiatria comunitária.

No Brasil, os ecos das idéias desses movimentos contribuíram com mudanças ao longo dos anos. Atualmente, com a lei de Paulo Delgado, prevê-se uma progressiva extinção dos manicômios, assim como a sua substituição por outras formas de atendimento, além de regulamentar a internação psiquiátrica. Vários Conselhos de familiares de doentes mentais e ONGs - nacionais e internacionais – têm apoiado o movimento antimanicomial. Contudo, o “louco criminoso” não está inserido na mesma lógica, pois não se defende o fechamento dos Manicômios Judiciários nem a reintegração desse doente à sociedade. (MELO, 2004)

Em fins de 1980, os movimentos sociais do Brasil associados à luta pelos direitos humanos culminaram na *Reforma Psiquiátrica*, garantindo uma nova Política de Saúde Mental, com as seguintes características: redução de leitos; controle sobre os hospitais psiquiátricos; rede de serviços alternativos para substituição dos leitos; aprovação da nova legislação de saúde mental – a *Lei nº. 10.216*, de 6 de abril de 2001 –; incentivo ao processo de desinstitucionalização; e a saúde mental como parte integrante do sistema de educação do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Mângia (2008), nesse processo

identificam-se duas vertentes de enfrentamento: a *tecnocrática*, priorizando ações de influência na atuação dos profissionais que lidam com os doentes mentais, como desativação das celas fortes, proibição do eletrochoque e de novas internações; e a *comunitária*, preocupada com a participação dos doentes mentais e de seus familiares no processo de mudança.

A Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde determina as diretrizes do atendimento dos doentes mentais nos serviços de saúde mental, normatizando serviços como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centro de saúde e ambulatório), Centros e Núcleos de atenção psicossocial (CAPS/NAPS), atendimento de urgência psiquiátrica em hospital-geral, leito psiquiátrico em hospital-geral, Hospital-Dia (HD). Enquanto que a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000(3), passa a determinar os Serviços Residenciais Terapêuticos para os pacientes de longa permanência dos hospitais psiquiátricos. (PICCININI, ODA, 2009).

Cabe destacar que a desinstitucionalização não se restringe a deslocar para a comunidade o centro da atenção, em contrapartida do hospício ou do manicômio, ainda que, como realidade concreta, esse seja o ponto principal desse processo de mudança da percepção da loucura e do tratamento do paciente. (HIRDES, 2009)

Mas quanto à psiquiatria forense especificamente, é em 1995 que o Brasil começa a sentir os reflexos da movimentação internacional sobre o tema e a perceber a necessidade do desenvolvimento da psiquiatria legal. Para Piccinini (2004), juntamente com o fortalecimento do próprio Poder Judiciário na época, a psiquiatria forense aparece como um nicho interessante, do ponto de vista financeiro, frente a *proletarização* das outras áreas da medicina. Em 23 de outubro de 1995 foi fundado o Departamento de Ética e Psiquiatria Legal – DEPL – da Associação Brasileira de Psiquiatria, o qual desde então não tem se restringido ao objetivo inicial de integrar os psiquiatras da área forense e estimular a produção científica, mas também tem promovido congressos, brasileiros e internacionais. Destaca-se a criação do título de Especialista em Psiquiatria Forense, concedido pela Sociedade Brasileira de Medicina Legal e pela Associação Médica Brasileira (ABP). (PICCININI; 2004).

No Brasil atual, a Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” E o processo de interdição pretende identificar alguém incapaz para participar de atos da vida civil, sendo que este não tem condição de ser

responsável pelo gerenciamento dos seus bens e/ou negócios por si só. O juiz declara a sua interdição e nomeia um curador, o qual representará essa pessoa. O Ministério Público está presente nesse processo tanto fazendo o requerimento judicial da interdição de alguém, como atuando como fiscal da curatela e do curador, visando garantir os interesses da pessoa interditada, o doente mental.

Conforme o já analisado no primeiro capítulo, a medicalização de objetos é sempre um processo de natureza sócio-histórica e cultural e, enquanto tal, responde a lutas e conflitos que envolvem diversas sensibilidades, interesses e estratégias de poder. No que se refere à medicalização do crime, essa dinâmica pode ser também observada nos recentes processos de restrição do campo de objetos da psiquiatria forense, como resultado de imposições que provêm do sistema judiciário brasileiro.

Uma alteração introduzida em 2003 na Lei de Execuções Penais (Lei 10.792/03) a eliminação de dois dos exames que anteriormente eram solicitados aos psiquiatras forenses no campo penal: o Exame Criminológico (EC); o Parecer para Troca de Regime (PTR) e o Exame para Livramento Condicional (ELC). A abolição destes exames é um indício de como a medicalização do crime não segue uma trajetória linear e crescente.

Como coloca Mitjavila (2010, p. 37), a partir dessas mudanças recentes é possível ter

um panorama dos tipos de competências da psiquiatria forense que têm sido, recentemente, objeto de reformulações na área criminal, movimentos que exprimem o caráter conflituoso e contraditório da avaliação da periculosidade, tanto em termos de disputas epistemológicas como de interesses corporativos.

O exame criminológico atendia ao que estava estabelecido na Lei de Execuções Penais: “os condenados serão classificados segundo seus antecedentes de personalidade para orientar a individualização da execução penal.”<sup>2</sup> Este exame era para ser aplicado de forma multidisciplinar (médico, psicológico, jurídico e social). Seria a partir dessas avaliações do condenado que se estabeleceriam as condições do confinamento penitenciário, determinando o encaminhamento para qual estabelecimento, onde a pena seria cumprida. Devido à superpopulação carcerária, as condições infra-humanas dos encarcerados assim como a inexistência de mínimas condições de individualização das penas, nenhum objetivo do exame criminológico era alcançado, mesmo que fosse um exame obrigatório para todos os condenados a regime fechado e facultativo para os

<sup>2</sup> Art. 5º da Lei de Execuções Penais.



condenados que cumpriram em regime semi-aberto. Como este exame geralmente era realizado depois de certo tempo do indivíduo cumprindo a pena, já não parecia tão pertinente.

Este exame criminológico constituía um meio de medicalizar a criminalidade não vinculada à loucura, por se tratar de população não definida como portadora de transtornos psiquiátricos. Esperava-se do psiquiatra que verificasse a presença de transtorno mental ou distúrbios psíquicos que pudessem ter sido determinantes da conduta delituosa. Porém o que de fato ocorria era que os psiquiatras incluíam em suas avaliações a análise e interpretação de aspectos psicossociais do condenado, especialmente pela liderança que costumam exercer nas equipes multidisciplinares das quais participam, tanto em função da autoridade quanto do prestígio de que goza a profissão médica. (MITJAVILA, 2010).

Sobre o benefício do livramento condicional, até 2003 os critérios para solicitar esse exame eram:

- cumprir de um a dois terços da pena
- ter comportamento carcerário satisfatório
- demonstrar conseguir a auto-subsistência através de trabalho
- reparar o dano causado pela infração

A avaliação de periculosidade criminal pelo psiquiatra forense era solicitada, de acordo com o Código Penal, “para o condenado por crime doloso, cometido com violência ou grave ameaça à pessoa, a concessão do livramento ficará também subordinada à constatação de condições pessoais que façam presumir que o liberado não voltará a delinquir.”<sup>3</sup>

Porém, a partir da Lei 10.792/03 a nova redação dos artigos 6º e 112 da Lei 7.210/84 dispensou tanto o parecer da Comissão Técnica de Classificação quanto o exame criminológico para as “progressões e regressões de regime, as conversões de pena, livramento condicional, indulto e comutação”. Com o novo sistema, para um indivíduo progredir da pena, deve ter cumprido ao menos 1/6 da condenação, e todos os outros aspectos são substituídos exclusivamente pelo bom comportamento carcerário, o qual agora será comprovado pelo diretor ou gerente do estabelecimento carcerário. (MITJAVILA, 2009, p. 06).

---

<sup>3</sup> Art. 83, Parágrafo Único do Código Penal.

Diante disso, cabe destacar que se observa uma “transferência de funções de classificação da profissão médica para agentes institucionais do quadro burocrático (nas suas funções policiais e custodiais), e o tipo de atributo a ser avaliado: o ‘bom comportamento’ do presidiário no estabelecimento, o qual não é definido no texto da lei.” (MITJAVILA, 2009, p.07).

Na realidade, o que se observa é que a imposição jurídica dessa restrição do campo de competências da medicina psiquiátrica decorre de diversos fatores, dos quais é possível elencar a inviabilidade técnica para a realização dos exames na população dos presídios, pois seriam pouquíssimos os técnicos para a quantidade de indivíduos periciáveis, e uma possível erosão da confiança na competência técnica e/ou operacional da medicina psiquiátrica pelos meios jurídicos nessa função. (MITJAVILA, 2010).

Assim, cabe apresentar o raciocínio de um jurista sobre o assunto:

A meu modo de ver, as objeções, relativamente ao exame criminológico, são procedentes. As críticas em relação aos laudos são antigas e variadas, dizendo-se que eles são sempre iguais, mesmo porque os profissionais (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) conseguem dizer das condições pessoais dos condenados com base em brevíssimas entrevistas; chegam, em muitos casos, a conclusões negativas, consistentes no "risco de reincidência", que não é aferível mediante exame e nem constitui tarefa desses profissionais; os laudos devem dizer das condições pessoais dos apenados, quando possível, para que os operadores do direito possam decidir, com base em suas conclusões. E, ademais, o risco de reincidência é requisito apenas para concessão do livramento condicional (art. 83, do Código Penal) e não da progressão do regime (art. 112, da Lei de Execução Penal).

Pode-se até concordar com quem pense que melhor seria corrigir os erros apontados, quanto à avaliação pericial, do que não realizá-la. Realmente, o acompanhamento efetivo e não apenas consistente em meras entrevistas de poucos minutos, seria o mais adequado, inclusive para as progressões e regressões de regimes. Mas, pelo menos, deve ser realizado exame sério e minucioso, no momento de ingresso do condenado no sistema, para fins de classificação e individualização. (BARROS, 2005 apud MITJAVILA, 2010, p.40)

Diante de tudo isso, interessa ressaltar que, como afirma Delgado (1992, p. 81),

não apenas o crime tem motivações psicológicas e psiquiátricas, como o louco está associado potencialmente à prática do delito. Crime psiquiatrizado e loucura criminalizada são os eixos temáticos que estarão subjacentes à formulação jurídica e às práticas institucionais da ‘moderna ciência penal’.

### **III. O PAPEL ARBITRAL DA PSIQUIATRIA FORENSE: medicalização, desmedicalização e re-medicalização da criminalidade como objeto da psiquiatria.**

De acordo com a análise apresentada no capítulo anterior, a teoria de Lombroso contribuiu diretamente com a medicalização do crime, fazendo com que os médicos passassem a ser imprescindíveis nos tribunais, retirando inclusive parte do espaço de competência dos juízes. Com a Antropologia Criminal, as bases da jurisprudência e do próprio sistema penal clássico experimentaram um forte questionamento, a partir de uma nova percepção da responsabilidade criminal e do papel dos fatores hereditários na etiologia do crime, abrindo caminho para sua inevitável medicalização. (DARMON, 1991; REBELO, 2004).

Enquanto que até o início do século XIX a Justiça focava-se no delito abstrato, através de determinação das penas de acordo com uma hierarquização da gravidade dos delitos, “o problema da alienação eventual ou do grau de responsabilidade ou de irresponsabilidade criminal já havia atraído a atenção dos alienistas desde o início do século, introduzindo nuances sutis na aplicação das penas.” (DARMON, 1991, p. 121).

Lombroso, Garofalo, e Ferri, entre outros que faziam parte da escola positivista, acreditavam que a idéia de responsabilidade moral não passava de um conceito quimérico. Dever-se-ia, ao contrário, utilizar a noção de *defesa social*. Dessa forma, a pena deixaria de ser uma compensação à sociedade pelo mal causado e o criminoso diagnosticado como corrigível pelo médico passaria a ficar retido em um asilo para tratamento por tempo determinado pelo psiquiatra até ser avaliado como não perigoso e puder, enfim, voltar ao convívio social. Essa idéia já existira no século XVIII, e se fundamentara no objetivo de eliminar o criminoso, detendo para sempre o criminoso inato e incorrigível, e tentando recuperar quem for considerado corrigível. (DARMON, 1991).

Todo esse interesse com o desaparecimento dos criminosos culmina com a tentativa dos médicos psiquiatras, em 1907, de fazer com que os juízes apenas julguem os casos atendo-se ao artigo 64 do Código Penal e não mais chamem os psiquiatras para definir a responsabilidade moral de criminosos, pois isto excederia a sua competência. Contudo, os psiquiatras acabam sendo chamados pelos juizes de instrução para atuarem como simples peritos, quando o que de fato este tipo de médico pretende é “investir contra o tribunal na qualidade de cientista, apoiado nas recentes ciências da antropologia criminal ou da sugestão hipnótica utilizada para fins criminais.” (DARMON, 1991, p. 155). No entanto,

os médicos não deixariam de atuar como peritos, e levariam o seu conhecimento na qualidade de mestres, para substituir as divagações do direito pelo seu saber experto. Assim, o papel do perito vai crescendo com o decorrer do tempo no âmbito forense. .

Todo esse processo ocorreu, portanto, com a resistência inicial da magistratura, especialmente contra as idéias de Lombroso. Na sua luta pela cientifização do julgamento criminal, Lombroso e seus seguidores detinham e apresentavam sempre que possível uma lista de números, gráficos, estatísticas para comprovar suas teorias. Porém, essa nova perspectiva representava uma ameaça à própria idéia de justiça.

Elas oferecem à presunção, ao processo tendencioso, ao erro judiciário um quadro privilegiado. Eis, portanto, um acusado tratado de acordo com a sua aparência, como um reincidente antes de ter reincidido, condenado antecipadamente por crimes que um técnico declara 'prováveis' num dado futuro, mas que ele não cometeu nem tentou cometer. (DARMON, 1991, p.162).

O que merece ser problematizado, como será retomado mais adiante, é que esse tipo de racionalidade não pertence apenas a um passado mais o menos remoto da psiquiatria forense. Ao contrário, a presunção de periculosidade futura, estabelecida em nome da ciência e da técnica, continua sendo, ainda hoje, uma das principais competências da psiquiatria forense em todo o mundo, acarretando, pelo menos potencialmente, como nos tempos de Lombroso, uma ameaça aos princípios que construíram os sistemas de justiça na modernidade.

Com efeito, esse olhar positivista sobre as relações entre crime, loucura e periculosidade criminal afincou-se de maneira sólida no mundo ocidental. Após 1890, o positivismo se espalha e os médicos-legistas em sua maioria passam a ser adeptos dele, especialmente no que concerne à relação entre a personalidade do criminoso e o crime. Por esse motivo, a determinação de degenerescência física e mental e os antecedentes individuais e familiares começam a ser ferrenhamente examinados como parte da avaliação pericial dos criminosos. (DARMON, 1991).

Nas prisões, a medicalização do crime se desenvolveu através da validação da premissa de que não se pode punir simplesmente para compensar a sociedade. Assim, os criminosos curáveis deveriam ser tratados, e os que não, não poderiam fazer parte do convívio social, devendo receber pena capital ou, não cabendo esta, deveriam ser detidos em prisão perpétua. Para tratar aqueles que poderiam ser curados, a detenção disciplinar

era importante. Aos que tivessem cometido delitos leves, a ducha e o jejum deveriam ser suficientes para alcançar a disciplina e a cura. Aos restantes, lhes era reservada a pena de castigos corporais..... (DARMON, 1991).

O maior anseio de Lombroso, o qual se realizou posteriormente com a criação dos manicômios judiciários, era “uma espécie de hospital para criminosos, com um ‘asilo criminal’, florão do sistema positivista de ‘tratamento’ do crime que nunca viu a luz do dia.” Se não é possível negar que os loucos criminosos já tinham um espaço só para eles no início do século, local esse onde os monomaniacos homicidas ficavam separados dos pavilhões com os outros alienados, isso ocorria não com a intenção de “tratar”, mas para segregar os perigosos. Juntamente com essa idéia de Lombroso, surge o germe da concepção do sistema carcerário com o objetivo de reeducar e reinserir na sociedade os criminosos. (DARMON, 1991, p. 182).

Todo esse envolvimento com as idéias de Lombroso e seu conceito de *criminoso nato* fortaleceu as reivindicações a favor da pena de morte e sua medicalização. Aos criminosos natos incorrigíveis caberia apenas a pena de morte visto que nada adiantará ser feito para reinseri-lo no meio social sem que resulte perigoso. Já que o objetivo da pena de morte é apenas eliminatório, não há porque fazer o paciente sofrer. Assim, desenvolveram-se durante os anos, e inspiradas no pensamento lombrosiano, técnicas cada vez mais eficientes com o objetivo de eliminar a vida dos criminosos, como a forca, a guilhotina, a cadeira elétrica e, mais recentemente, a injeção letal. (DARMON, 1991).

Tanto a forca como a guilhotina eram consideradas técnicas arcaicas para a morte desejada pelos positivistas, por considerá-las pouco científicas. Por esse motivo, várias outras técnicas menos convencionais foram inventadas, mas a única que de fato mostrou-se efetiva foi a cadeira elétrica, inventada em 1888 por médicos americanos. (DARMON, 1991).

Com o artigo 64 do Código Penal Francês de 1810 - "Não há crime nem delito quando o acusado estava em atestado de demência no momento da ação ou quando foi coagido por uma força contra a qual não pode resistir" - reconheceu-se legalmente a irresponsabilidade desses alienados. (CORRÊA, 1996; DARMON, 1991). Porém, a categoria demência precisava ser elaborada, pois havia uma noção vaga do que isso representaria de fato e o que implicaria por estar na legislação. Pinel categorizou esses alienados irresponsáveis como (a) os *dementes* e os *idiotas*, nos quais a inteligência nunca se desenvolveu; (b) os *maníacos*, como os loucos clássicos; (c) os *melancólicos* como

aqueles incapazes de se relacionar com o mundo exterior. Esse grupo relativamente amplo de *irresponsáveis* se ampliaria ainda mais quando se passa a adotar a idéia das monomanias. Com essa doutrina das monomanias, no início do século XIX, Esquirol garantirá aos alienados criminosos um estatuto psiquiátrico. (DARMON, 1991).

Com Morel e Falret, discípulos de Pinel, a monomania será atacada e sobreviverá somente até o início do século XX. Isso porque, apesar das críticas, o conceito de monomania era bem visto e aceito por magistrados, jurados e médicos, mesmo que sua eficácia não fosse comprovada. Era muito complexo determinar e aplicar, na área da justiça, uma idéia de alienação baseada num fato isolado, além de conceder legalmente o caráter de irresponsável a um indivíduo que, ao mesmo tempo, era capaz de gerir a sua vida e ser racional. Assim, a “monomania não excluía, portanto, nem a responsabilidade nos casos alheios ao delírio, nem mesmo um certo grau de responsabilidade naqueles em que o delírio era a causa eficiente do ato criminoso”. (DARMON, 1991, p. 126).

Dessa forma, todos aqueles que eram contrários a teoria da monomania tentaram

convencer os magistrados que a constatação de irresponsabilidade total deveria incluir não apenas os casos nos quais o delírio tinha sido a causa primeira do crime, mas ainda todos aqueles no quais não era aparente. Em outras palavras, o alienado menos sintomático deveria ser colocado no mesmo plano que o alienado mais extravagante, já que, a despeito das aparências, não fora apenas uma parte, mas a totalidade de suas funções cerebrais que havia sido atingida. (DARMON, 1991, p.127)

Esse foi um dos caminhos para o estabelecimento das bases da nosologia da loucura, e também da relação entre irresponsabilidade absoluta e doença mental. Com essa “loucura racional”, contudo, passou a ser mais difícil determinar quem é louco, motivo pelo qual a psiquiatria tentou encontrar uma forma de resolver essa questão. Falret, por exemplo, apresentou os *loucos morais*, os quais seriam perigosos e violentos, privados de sentimentos e incapazes de lamentar ter cometido o crime, mesmo sem apresentar alterações da inteligência ou alucinação. (DARMON, 1991).

Ao final, os alienistas conseguiram que os tribunais consentissem a irresponsabilidade absoluta para monomaniacos intelectuais ou instintivos. Porém, resultava muito difícil avaliar e definir quem eram esses monomaniacos racionais. Mas prontamente as idéias provindas da biologia, da antropologia e a da hereditariedade patológica passariam a auxiliar a psiquiatria nessa tarefa. (DARMON, 1991).

Trata-se de um período que a historiografia da psiquiatria forense reconhece como uma “idade do ouro ou a instauração e o triunfo de uma nova instância oficial que

conquista o monopólio do tratamento legítimo da loucura”; e o “*aggiornamento*, ou a modificação atual dessas práticas e o deslocamento de suas funções”. (CASTEL, 1978, p.15).

A fase de *aggiornamento* irá apresentar os seus primeiros indícios a partir de 1860. A lei de 1838 começa a sofrer críticas, e no início do século XX se chegará a conclusão de que essa lei contém uma definição muito limitada de alienação mental. . Quanto ao dispositivo institucional, sofrerá graves críticas devido à indiferenciação dos seus tratamentos, a superpopulação dos estabelecimentos, além do fato de que muitos não alienados permaneciam nas dependências dos asilos. O isolamento dos pacientes também passa a ser questionado e a real efetividade para o tratamento. Quanto ao saber psiquiátrico propriamente dito, a determinação da loucura através da classificação dos seus sintomas passará a defrontar-se com a concepção patogênica da loucura, e é Morel quem defende esta última, pois a

predisposição, a causa determinante que faz funcionar essa predisposição e, enfim, a sucessão e a transformação dos fenômenos patológicos, que se engendram e que se ordenam sucessivamente, determinam, através de processo genésico ou patogênico o lugar que o indivíduo deve ocupar no quadro nosológico. A inteligibilidade da doença não é mais dada pelo grupo a que pertencem seus sintomas, mas em referência a uma causalidade oculta. (CASTEL, 1978, p.259).

Logo nos primeiros anos do século XX, o organicismo de fato prevalecerá e repercutirá na prática da psiquiatria. A tecnologia da psiquiatria também se alterou e o tratamento moral será universalizado, medicalizando além das barreiras do asilo; a profilaxia ganhará destaque, passando a fazer parte da ciência alienista a higiene moral e física, objetivando a *moralização das massas*. (CASTEL, 1978).

Com tantas transformações em curso, certamente a psiquiatria não sairia ileso desse processo. Ela sentiu seus efeitos e teve como consequência disso tudo uma modificação no papel do médico. O poder psiquiátrico não se exercerá exclusivamente nesses espaços fora dos muros do asilo, mas, em contrapartida, servirá como operador das ações em que estiver interessado, poderá ser visto se exercendo em direção às massas. Trata de uma mudança estrutural na atuação médico-psiquiátrica, porém não deve ser considerado como uma diminuição do campo de atuação ou de competências, pois é exclusivamente uma alteração, especialmente inspirada nas teorias de degenerescência. (CASTEL, 1978).

Essa mudança conceitual em torno da doença mental exhibe um duplo contraste:

Por um lado, os prognósticos pessimistas comandados por uma etiologia orgânica, o aumento do número de incuráveis, o aparecimento dos ineducáveis, irão fechar a noite asilar sobre si mesma. (...) Por outro lado, abre-se um campo infinito de intervenções: prevenção, profilaxia, despistagem... o médico oferece seus serviços e se multiplica, que estar presente em todas as linhas de frente onde emerge um risco de desordem. (CASTEL, 1978, p. 265).

Com Morel, a introdução dos conceitos de degenerescência e de hereditariedade começou a preencher uma lacuna para a psiquiatria. A essa altura do século XIX, a relação entre loucura e criminalidade já estava bem fundamentada. E o campo da psiquiatria mostrava-se bem estabelecido para a avaliação desses criminosos, deixando de permanecer exclusivamente nas mãos dos juizes. Dessa forma, uma “grande parte dos criminosos, por serem criminosos, não deixariam de apresentar algum grau de loucura. A degeneração claramente patologiza e *medicaliza o crime* (grifo da autora)”. (REBELO, 2004, p.100).

Apesar dos avanços, muitos eram os erros judiciais graças à interferência dos médicos, porém, grande parte deles acabara sendo ignorada ou silenciada em virtude da posição social e do prestígio dos médicos. Conforme as pesquisas sobre o período sugerem, entre o fim do XIX e início do XX, a medicina legal teve seu auge e era bem vista tanto pela sociedade quanto pela mídia. E era exatamente nos tribunais que esses médicos exerciam essa autoridade cultural. (REBELO, 2004).

### **3.1. Responsabilidade, Periculosidade e Inimputabilidade: conceitos chaves para a medicalização do crime.**

O decreto de 27 de março de 1790 da Assembléia Constituinte Francesa determina no seu artigo 9:



As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogados pelos juízes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos 102 estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para este fim.

A aprovação da lei sobre os alienados de 30 de junho de 1838 na França foi uma inovação legal para o atendimento à loucura. Com a promulgação dessa lei às autoridades passaram a ter obrigações para com os alienados, e também reconhecia-se o direito à assistência. Também foi inovadora por instaurar todo um espaço de atendimento para o tratamento ao doente mental, prevendo a formação de um grupo de médicos e funcionários para esse fim. Já quanto à internação, o chefe de polícia e o prefeito estariam responsáveis por decretar o internamento desses doentes mentais, desde que justificado por comprometerem a ordem pública ou a segurança das pessoas, porém os procuradores do rei deveriam ser informados. Cabe destacar que com ela proibiu-se que os alienados fossem colocados na prisão. Em contrapartida, com essa legislação o atendimento aos doentes mentais é praticamente restrito ao interior dos asilos, o que derivou, na verdade, na garantia de medicalização completa da loucura. (CORRÊA, 1996).

De acordo com Corrêa (1996, p. 146) esperava-se dos psiquiatras forenses

que fizessem um laudo psiquiátrico com alguns requisitos intelectuais e morais em matéria de psicopatologia forense, entre os quais: 1. objetividade, para não estender-se ou perder-se em abstrações, correntes científicas e filosóficas; 2. sentido realístico que permita atribuir aos fatos o seu valor real, para separá-los de considerações ou convenções sentimentais, que os falsifiquem ou enfeitem de elementos morais, que agravem ou dissimulem; 3. a capacidade de reflexão e de bom-senso; 4. prudência, porque a causa próxima dos fatos e a sua natureza íntima às vezes escapam às averiguações e não comportam mais do que simples presunções; 5. Imparcialidade, pois o perito serve à Justiça e não às partes. E a essas qualidades acrescentem-se o espírito jurídico e o senso sociológico.

Quanto ao juiz, este deveria recorrer à perícia tanto quando se tratasse de algo que não fosse possível constatar pela percepção comum quanto quando ele for incapaz de julgar determinado fato. Porém, não era suficiente que o juiz tivesse alguma certeza sobre as provas, de forma tal com que ele pudesse abrir mão da perícia, pois era preciso que também outra pessoa razoável corroborasse essa opinião. Ou seja, ainda que o próprio juiz

considerasse suficiente sua própria competência para julgar sem a perícia, ainda assim, ele deveria considerar sua inclusão, visto que a justiça não deverá basear-se na certeza exclusiva do juiz. Assim, “o perito é sempre uma testemunha e a perícia um testemunho. O parecer dos peritos não vincula o juiz, que tem sempre o direito de não crer nas provas, e seria um absurdo que se pronunciasse em harmonia com a perícia e em desacordo com sua consciência”. Quanto aos quesitos elaborados pelo próprio juiz, estes “devem ser pormenorizados, enumerando as hipóteses que julga possíveis e as que poderiam surgir de ulteriores conhecimentos, que podem vir da obra do perito.” (CORRÊA, 1996, p.147).

Essa forma de incorporar provas periciais à administração da justiça tem sido uma tendência crescente ao longo do século XX e se mantém até o presente. Por isso, diferentemente do que acontecia no passado,

o juiz atualmente não julga mais sozinho; ao longo do processo penal e da execução da pena, ele trabalha com uma série de instâncias anexas, peritos psiquiátricos ou psicólogos, educadores, funcionários da administração penitenciária e magistrados da vara de execuções penais. Tal sistema fraciona o poder legal de punir podendo-se dizer que nenhum deles exerce realmente o direito de julgar, e que depois da sentença só tem a obrigação de executar a pena fixada pelo Tribunal. Mas, as penas e as medidas de segurança definidas pelo Tribunal não são determinadas de maneira absoluta, especialmente porque elas podem ser modificadas no caminho, ao permitir que pessoas que não são os juízes do processo da instrução possam decidir se o condenado merece ser posto em semiliberdade ou em liberdade condicional. Todo esse aparelho que se desenvolveu há anos em torno da aplicação da pena e de seu ajustamento aos indivíduos multiplica as instâncias da decisão judicial, prolongando-as para muito além da sentença. (CORRÊA, 1996, p.161)

Porém, é preciso deixar claro que a missão do perito é exclusivamente esclarecer o juiz, auxiliando-o na correta aplicação da lei, e não corroborar com o parecer dos peritos. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Atualmente, algumas regras governam essa relação entre saber experto e autoridade judiciária, que determinam os limites dentro dos quais a prova pericial participa na produção de verdade sobre as relações entre loucura e crime. Como aponta Corrêa (1996, p.147-148) essas regras compreendem os seguintes elementos:

a) a incredibilidade das afirmações anula a fé ao testemunho pericial, como ao testemunho comum e a inverossimilhança não aumenta a fé; b) o

testemunho pericial terá tanto mais valor quanto menos a matéria de atestação se preste a engano; c) não pode o perito com sua atestação inspirar, nas coisas afirmadas, mais fé do que aquela que ele próprio tem; d) o conteúdo da perícia tem tanto mais valor quanto menos se apresente dubitativo; e) se o perito se contradiz no contexto da própria perícia, demonstra, com isso, não ter ele próprio certeza, não podendo inspirar aos outros a certeza das coisas afirmadas; f) tanto maior valor terá o testemunho pericial quanto maior determinação presente em suas afirmações; e o seu valor diminui à medida que se apresente mais indeterminado; g) o perito deve ser a causa de sua ciência, como dizem os práticos, a propósito do testemunho, isto é, deve ele expor os meios técnicos que adotou em suas observações, e os motivos racionais de suas afirmações; h) quando o perito não apóia seu parecer científico, senão unicamente na autoridade científica dos outros, e este seu “ouvi dizer” nem sempre acarreta menos fé, pela nua autoridade do perito, bem como inspira menos fé a testemunha que depõe - por ouvir dizer; i) o acordo entre o testemunho pericial e outras provas comuns aumenta sua fé, e a contradição com estas, elimina-a; j) deve a perícia ser expressa em linguagem clara e precisa, pois terá tanto mais valor quanto mais precisão e clareza presente em sua forma; k) o perito é sempre uma testemunha de ordem especial.

A concepção do indivíduo inimputável advém do artigo 26 do código penal: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, p.549). Ou seja, é aquele que está destituído de sua razão e que cometeu um crime. Esse indivíduo inimputável é o mesmo que Foucault (2002) apresenta como o *anormal*, o qual encontra-se na intersecção da psiquiatria e do sistema penal e por estes será corrigido. (PAVEZI, 2009).

No artigo 20 do Código Penal, inicialmente o local determinado para o encaminhamento dos loucos criminosos que eram considerados inimputáveis era o Asilo de Alienados (artigo 20), ainda que os manicômios judiciais já estivessem sendo construídos. Vários eram os psiquiatras que consideravam perigosa essa indicação da legislação, pois abria precedente para que os asilos ficassem repletos desses loucos criminosos, comprometendo, assim, o tratamento dos outros pacientes e também a especificidade da psiquiatria. (PERES; NERY FILHO, 2002; CARRARA, 1998). Contudo, a internação no Manicômio Judiciário está presente no Código de 1940 no artigo 91:

Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do artigo 22, é internado em manicômio judiciário.

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

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

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

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

IV . de um ano nos outros casos.

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

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

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

As medidas de segurança aparecem no Código de 1940 para preencher um espaço do direito penal deixado pelo código anterior, pois deixava os irresponsáveis e semi-responsáveis sem nenhuma sanção penal, e também sem nenhum encaminhamento real. Por esse motivo, esta foi uma das maiores novidades presentes no Código de 1940, ao contemplar reclamações, tanto dos legisladores quanto dos criminalistas, os que percebiam que os mecanismos de cura para o louco criminoso precisavam de mudanças. Assim, a repressão do delito estaria sendo substituída nesses casos pela medida de segurança como nova forma de prevenção individualizada do crime. (PERES; NERY FILHO, 2002; CORRÊA, 1996).

Ainda que inicialmente pareça apenas uma mudança de nomenclatura, a “diferenciação que faz o código entre a pena e a medida de segurança é que na pena toda diversidade ou dúvida resulta a favor do indivíduo. Já na medida de segurança, a diversidade ou dúvida resulta a favor da sociedade.” (CORRÊA, 1996, p.149). Ou seja, legalmente as duas funcionam como sanção penal, porém enquanto a pena privilegia a sua função repressiva, a medida de segurança estará privilegiando a prevenção de um novo delito.

Há ainda outra diferença clara entre as duas: a pena é aplicada por um período de tempo pré-determinado, ou seja, ao condenar o indivíduo, já se apresenta o período desse confinamento; por outro lado, a medida de segurança tem duração indeterminada previamente, sendo encerrada somente com a cessação da periculosidade do doente mental. Isso obedece ao fato da pena ser aplicada àqueles que são considerados imputáveis – a quem se pode atribuir culpa – e a medida de segurança é exclusiva direcionada para os inimputáveis e para os semi-responsáveis. Com isso, a medida de segurança segue a idéia de Beccaria, de acordo com a qual, diante do criminoso, é “melhor evitar os delitos que

castigá-lo”, pois essa medida de segurança funciona impedindo que o louco criminoso, em função da sua periculosidade, reincida no crime.

Para alguns juristas, os principais pontos que determinam a diferenciação entre a pena e a medida de segurança são:

a) a pena concerne à responsabilidade, a medida de segurança à periculosidade; b) a pena se fundamenta na justiça, a medida de segurança na utilidade; c) a pena é retributiva e afliitiva, a medida de segurança é eliminadora ou curativa e materialmente coatora; d) a pena tem por pressuposto a culpa, é um mal, e deve ser fixa, enquanto a medida de segurança se adequou ao estado do delinqüente, pode não ser um mal e é indeterminada. (CORRÊA, 1996, p.150).

Esse sistema em que há uma divisão entre a pena e a medida de segurança é o sistema *dualista*, o qual prioriza não sancionar o doente mental, independente do crime. O Código Italiano de 1930 foi um expoente quanto a esse sistema dualista. Este sistema trabalha com a divisão entre a retribuição – com fins repressivos – e a repressão – com várias ações referentes à periculosidade. O que se observa de fato é que este dualismo apresentou-se historicamente como uma forma de interação entre posições clássicas e posições positivas. Já o sistema *unicista* é preferido por aqueles que apóiam o classicismo penal. Este sistema tem a pena e a medida de segurança como formas de sanção penal, pois, ambas estão baseadas no delito consumado, e pretendem lograr a prevenção de crimes. Como se evidencia uma não diferenciação das duas não haveria necessidade de separá-las, mas sim mantê-las juntas sob a denominação de pena de segurança. (CORRÊA, 1996).

Pena e medida de segurança, assim, tem finalidades distintas, repressiva e preventiva respectivamente, e também são diferentes por conta da causa, das condições de aplicação e ainda pelo modo de execução. Enquanto que a pena é aplicada nos casos de indivíduos responsáveis e se baseia na culpa do criminoso e é uma sanção sobre um ato criminoso real e pertencente ao passado, sanção esta, com uma proporção equivalente a gravidade do ato; a medida de segurança refere-se e é aplicada aos semi-responsáveis e irresponsáveis, e se baseia na periculosidade, e não na culpabilidade – pois o indivíduo ao qual se aplica a medida de segurança não pode ser considerado culpado pelo crime cometido – e assim, pretende-se prevenir uma possível reincidência em outro crime. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Caracterizada como eticamente neutra e fundamentada na sua utilidade, a medida de segurança serve ao fim de segregação tutelar ou de readaptação individual, sendo desprovida do caráter afliitivo da pena,

pois é assistência, é tratamento, é medicina, é pedagogia. Se acarreta algum sacrifício ou restrição à liberdade individual, não é isso um mal querido como tal ou um fim colimado, mas um meio indispensável à sua execução. (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 346).

Ou seja, esse crime é tido como um fato sintomático da periculosidade do indivíduo louco criminoso, e como não é possível determinar antecipadamente quão perigoso esse indivíduo é, estabelece-se a medida de segurança por um período indeterminado, até que se constate cessada a periculosidade do indivíduo. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Resumindo, de acordo com a legislação brasileira a doença mental é causa excludente da culpabilidade, ou seja, os doentes mentais que cometeram algum crime são absolvidos. Ao serem absolvidos, não se lhes deve aplicar sanção e não deverão ser punidos, mas sim tratados. A medida de segurança servirá para que esse período de tratamento se efetive com internação nos manicômios judiciários, embasada na periculosidade do paciente, presumida por lei. (PERES; NERY FILHO, 2002).

A medida de segurança, que aparece no artigo 29, e sua determinação, funcionam como uma medida preventiva, enquanto que a periculosidade tem *status* de elemento jurídico, e como tal cabe o juiz criminal determiná-la. Contudo, a antropologia criminal e as idéias de Lombroso permanecem influentes, e a periculosidade, nesse novo quadro, aparece como elemento central tanto para a definição da pena quanto para a idéia de prevenção criminal. (PERES; NERY FILHO, 2002; CARRARA, 1998).

Ainda que a medida de segurança seja responsável por inserir a condição de atuação do direito penal frente à loucura através do tratamento e da prevenção, ela carrega consigo a maior aflição para o louco criminoso cumprindo a medida devido à indeterminação do seu término, visto que o paciente estará cumprindo a medida e permanecerá interdito na instituição até que o psiquiatra forense avalie como cessada a sua periculosidade, adquirindo caráter de prisão perpétua em diversos casos, pois há a especificação do tempo mínimo apenas. (PERES; NERY FILHO, 2002).

A periculosidade de acordo com esse campo jurídico refere-se ao potencial perigo que o louco criminoso representa para a sociedade. E é do campo judicial que advém a determinação de quem é esse que se enquadra na categoria de periculosidade, correspondendo ao psiquiatra forense determinar para cada caso um possível louco perigoso. Assim, a psiquiatria forense funciona como um parâmetro, um sistema de referência, responsável por operacionalizar a lei ao definir quem apresenta periculosidade. Seu *métier* consiste, precisamente, em desenvolver a capacidade e em aplicar a competência para diferenciar sanos de insanos, normais de anormais, inofensivos de

perigosos. “Com essa prática, cria uma forma de vigilância dos padrões de normalidade e institui uma forma de controle social. O indivíduo que tem, segundo o pensamento jurídico, a potencialidade de causar algum mal para a sociedade, é o chamado anormal”. (PAVEZI, 2009, p.303)

Ao ser definida por lei como a probabilidade de um indivíduo delinquir, a periculosidade é convocada como justificção da aplicação da medida de segurança. A periculosidade, contudo, não interfere na fixação da pena, na verdade, “os critérios de orientação na medida da pena são essencialmente os mesmos indicados para averiguação da periculosidade; mas, no cálculo da pena, o que se tem a investigar é a capacidade de delinquir, que, se tem notas em comum com a periculosidade, não se confunde com esta.” (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 349).

Mas a determinação da periculosidade passa pela presunção desta, o que significa na prática que após o ato do primeiro crime, há maior chance de reincidir, o que é reforçado pela condição de falta de entendimento como consequência da doença mental. Ou seja, não há a necessidade da existência de um novo crime para que se determine a medida de segurança, desde que a periculosidade seja presumida por lei. Essa presunção de periculosidade será ainda mais reforçada quando houver uma relação entre a personalidade e o crime realizado pelo indivíduo; quanto mais parecidos entre si, mais perigoso é o indivíduo, pois a chance de voltar a delinquir é considerada maior. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Conseguir diferenciar a periculosidade e a probabilidade de delinquir é um ponto importante para compreender a lógica das respostas sociais à criminalidade associada a doença mental. A probabilidade de delinquir está relacionada diretamente ao ato criminoso praticado e se refere ao fato do passado. Ela serve para o juiz avaliar e definir, de maneira individualizada, o período da pena com o limite de duração, estabelecendo previamente o mínimo e o máximo. Em contrapartida, a periculosidade guarda relação com a previsibilidade de uma conduta futura do indivíduo, tentando avaliar qual a probabilidade desse louco criminoso voltar a delinquir.

A periculosidade é uma prognose, um fato provável ... é o estado psíquico do agente como provável causa de novos crimes ... não serve a um objeto de justiça, mas de utilidade: não é fundamento à justa ou proporcionada retribuição do mal pelo mal, que o Estado, na sua função ética, se arroga, mas à atividade defensiva que o Estado tem o direito e o dever de exercer, em face da autorizada suposição de novos males por parte do indivíduo violador da lei. (HUNGRIA; FRAGOSO, 1978 apud PERES; NERY FILHO, 2002, p. 349).

Porém se deve ressaltar como diferença relevante que a periculosidade é a única que legalmente justifica o confinamento indeterminado.

Sobre a questão da responsabilidade penal, o Código Penal de 1940 não apresenta nenhuma definição precisa. Ele apenas se limita a apontar quando não há responsabilidade, definindo-a por exclusão.. Assim, a responsabilidade só deixará de existir quando o indivíduo não tiver noção do ato que cometeu,

em virtude de enfermidade ou condição mental, não gozava, no momento dos fatos de entendimento ético-jurídico, a autodeterminação. Assim a doença ou a sua condição mental determina apenas uma presunção de inimputabilidade, que será efetiva quando verificar-se a ausência de entendimento ético-jurídico e autodeterminação. (CORRÊA, 1996, p.165).

O jurista Magalhães Drummond propunha que houvesse uma diferenciação entre a responsabilidade penal e a moral, pois aqueles sem imputabilidade moral seriam os indivíduos que cometeriam os crimes graves e mais alarmantes para a tranquilidade social, pois esses crimes já trazem consigo a prova da inimputabilidade moral daqueles que os cometem. Para ele, seriam exatamente os loucos os mais perigosos, os verdadeiros inimputáveis morais. Já a imputabilidade penal consideraria o grau de periculosidade do indivíduo que cometeu um crime. E ao determinar uma sanção, deveria ser punido o criminoso e não o crime, por esse motivo a imprescindibilidade da individualização e da indeterminação da pena. Assim, a ação punitiva deveria variar de acordo com a natureza do crime e, principalmente, com o grau de anti-sociabilidade do louco criminoso. Para aqueles que se enquadrassem nessa categoria de moralmente inimputáveis, a internação deveria ser perpétua, pois o grau máximo da sua periculosidade justificaria tal intervenção. Essa periculosidade máxima era presumida, não de acordo com a gravidade do crime, mas de maneira direta com o perfil e a personalidade do indivíduo. Para este jurista, os loucos inimputáveis morais seriam punidos com sanções mais severas. Cabe destacar que Drummond caminha na direção oposta das idéias vigentes e do previsto no código de 1890. (PERES; NERY FILHO, 2002).

Portanto, quanto à responsabilidade, o Código de 40 adotou apenas a responsabilidade penal, mas tendo como pano de fundo a responsabilidade moral, apoiando-se em modelos interpretativos de cunho biologicista no que diz respeito a etiologia do comportamento criminal. De acordo com esse modelo etiológico, o comprometimento da vontade e a capacidade de entendimento do ato cometido serão elemento-chave para a determinação de imputabilidade.



“O critério adotado em nosso código concebe o crime como contendo um momento intelectual, que se relaciona com a capacidade de entendimento, e um momento volitivo, relacionado com a capacidade de determinação.” Ou seja, para considerar um criminoso inimputável bastaria faltar “a vontade ou o entendimento, em decorrência de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.” Este elementos só estariam presentes em pessoas com causas biológicas, pois seriam estas as únicas causas capazes de suprimir a responsabilidade do indivíduo. (PERES; NERY FILHO, 2002, p.343).

Por esse motivo, caberá não mais ao juiz, mas sim ao perito psiquiátrico avaliar a suspeita de insanidade mental, auxiliando o juiz nessa tomada de decisão. Será o psiquiatra forense o profissional que determinará se, no momento do crime, havia falta de entendimento por doença mental, ainda que seja o juiz quem pronunciará a palavra final, aceitando ou não a avaliação do perito, devido à prerrogativa de seu livre convencimento.

Nos últimos tempos, atribuiu-se posição destacada ao estudo da personalidade do delinqüente e um entendimento cada vez mais aprofundado da pessoa do agente do crime sem separá-lo, porém, do delito como fato social de graves conseqüências. Se os positivistas merecem o mérito por terem colocado o criminoso na posição de figura central do delito, é justo reconhecer que a Escola Clássica não perdeu de vista o aspecto psicológico e subjetivo da conduta delituosa, dedicando ao sujeito e suas qualidades pessoais especial atenção.(CORRÊA, 1996, p.155)

Ainda,

a internação de um alienado, questão científica, não poderia ser decidida por um juiz. Os juristas, no entanto, colocavam essa questão em outros termos, sequer considerando a possibilidade de deixar a cargo dos alienistas a decisão de internar ou não tais doentes-criminosos. Cabia definir se o juiz criminal, o juiz civil ou a autoridade policial ficariam responsáveis por esse procedimento, e as opiniões eram divergentes. (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 341).

### **3.2. Os modelos etiológicos: a degenerescência ontem e hoje**

A experiência da saúde e da doença sempre despertou, nos mais diversos sistemas de pensamento, tentativas de explicação, principalmente no que diz respeito à etiologia dos

transtornos físicos e psíquicos. No campo dos fenômenos que vinculam as experiências da loucura e da criminalidade, a preocupação por compreender suas causas deu lugar à formulação de todo tipo de teorias e hipóteses., como foi examinado nos capítulos precedentes.

Com independência da especificidade de cada uma dessas tentativas de tornar inteligíveis tais fenômenos, considera-se pertinente indagar, sob outro ângulo, a possível existência de padrões interpretativos nos processos responsáveis pela sua progressiva medicalização.

Nesse sentido, a perspectiva do antropólogo francês François Laplantine (1991), apoiada na identificação de modelos etiológicos comuns a diferentes sistemas de pensamento (científico, leigo, religioso, entre outros) pode ser útil para orientar uma indagação dessa natureza. Para Laplantine (1991, p. 34), os modelos etiológicos devem ser compreendidos como

construções teóricas de caráter operatório, ou seja, hipóteses de pesquisa elaboradas a partir de uma ruptura epistemológica com relação ao que é observado, e que não podem, portanto, substituir a realidade empírica, uma vez que têm por objetivo precisamente pensar esta última e, em particular, pôr em evidência o que ela não diz.

Dois dos modelos identificados por Laplantine são o “modelo exógeno” e o “modelo endógeno”. No modelo exógeno, a doença é concebida com um acidente devido à ação de um elemento estranho (real ou simbólico) que, a partir do meio externo, vem se abater sobre o doente. Desse modo, confere-se uma prioridade – que pode ser relativa ou absoluta- à exterioridade patogênica (Laplantine 1991). Um exemplo paradigmático, citado pelo próprio Laplantine, dos modelos etiológico-terapêuticos de tipo exógeno, pode ser encontrado nos fundamentos das interpretações bacteriológicas das doenças infecciosas. Com a microbiologia, a etiologia tornou-se mais precisa, particularmente ao estabelecer uma diferenciação entre o campo alterado ou infectado e a causalidade externa responsável pela alteração ou infecção.

O que interessa para os fins da presente pesquisa é que nos modelos exógenos o indivíduo aparece como uma vítima que não participa em nada da gênese do processo patológico. Nas palavras de Laplantine (1991: 77),

O indivíduo, em todo caso, mantém com sua doença uma relação de exterioridade. Esta última, conforme o caso, é alteridade, alteração, negação, destruição do ser, mas é sempre o outro absoluto, e a

designação seguindo-se à localização do intruso, permite separar o agressor do agredido, o culpado da vítima o outro de si mesmo.

No caso das doenças mentais, e do comportamento criminal a elas associado, poder-se-ia dizer que existiria uma certa tendência à endogenização dos modelos etiológicos prevalentes. Nestes, ao contrário do que sustentam os modelos exógenos, a doença é deslocada para o indivíduo e não é mais considerada como uma entidade que lhe é estranha; na verdade, ela é concebida como uma situação que parte do próprio interior (bioquímico, orgânico, psíquico, etc.) do sujeito, já que

(...) não mais se afirma – e esta é uma diferença considerável com relação à época de Pasteur- que o doente “não tem nada a ver com isso”. Pelo contrário, ele é considerado, e isso cada vez mais, “responsável” por seu estado e, daí, em um certo sentido, “culpável” por sua doença.”(LAPLANTINE, 1991, p. 90).

Ora, um grande paradoxo pode ser observado nas avaliações forenses de imputabilidade e periculosidade criminal de doentes mentais. Enquanto a doença mental tende a ser considerada fator etiológico exógeno com relação ao crime, isentando ao indivíduo da responsabilidade pela sua ocorrência, a doença ou transtorno mental em si, que também seria um atributo do próprio indivíduo, é cada vez mais frequentemente interpretada do ponto de vista etiológico como resultado da constituição transtornada, mórbida, bioquimicamente alterada, da personalidade. Neste sentido, as pesquisas em torno do tema tendem a mostrar a progressiva perda de referência ao meio (social, político, cultural, geográfico) como fator etiológico relevante do adoecimento mental (MITJAVILA, 2009).

Até certo ponto, o herdeiro mais contemporâneo da figura lombrosiana do “criminoso nato” pode ser encontrado no que a literatura médica define como transtorno da personalidade anti-social (TPAS) e sua variante mais temida no campo da criminologia, que seria a personalidade psicopática. Com isso, volta-se à idéia de Garofalo de que o criminoso porta uma anomalia tanto moral quanto psíquica, sendo considerada assim uma *lesão ética*, a qual seria a causa da prática de atos criminosos. (MITJAVILA, 2010).

Foi exatamente a tradição biologicista de Lombroso e Morel que reapareceram recentemente nas interpretações etiológicas sobre as anomalias referentes à periculosidade criminal. A guisa de ilustração, Sordi e Knijnic (2003, p. 910 apud MITJAVILA, 2010, p.27-28)

refere-se às causas biológicas da periculosidade, definidas como os fatores ‘(...) relacionados a carga instintiva inata, principalmente agressividade. As alterações fisiológicas e bioquímicas, de um modo geral, mas principalmente relacionadas ao funcionamento cerebral, permanentes ou transitórias, que encontrem expressão na conduta do indivíduo, como ocorre nas patologias relacionadas com alterações da neurotransmissão, tão estudadas atualmente, fazem parte destes fatores. Os problemas funcionais como as epilepsias, bem como problemas cerebrais estruturais de qualquer ordem, desde os infecciosos como a neurolues até os tumores, podem constituir-se em elementos de periculosidade.’

Em contrapartida, há também uma discussão sobre o papel etiológico de fatores sócio-culturais e políticos, ainda que se lhes atribua um caráter desencadeante mais do que etiológico propriamente dito. É exatamente nesse contexto que se insere o consumo de substâncias psicoativas, pois na literatura psiquiátrica se insiste em que as pessoas diagnosticadas com transtorno de personalidade anti-social geralmente apresentam precocemente consumo de álcool e outras drogas e se envolvem em problemas com a Justiça. De fato, observa-se consenso quanto à consideração de que haveria um risco muito maior de que estas pessoas com esse duplo diagnóstico pratiquem um crime violento. (MITJAVILA, 2010; BALTIERI e FREITAS, 2003; POLDRUGO, 1998)

### **3.3. Os crimes da loucura e a loucura do crime: o “acting out”**

Ao se referir ao *acting*, Freud (1912/1980) definiu-o como o fenômeno clínico da *passagem ao ato*. Esse *acting* seria na realidade um movimento regressivo, o qual passa do pensamento ao ato. O álcool, por exemplo, funciona como um agente desinibidor, e como tal, intensifica a agressividade, sendo responsável pelo aumento da probabilidade de *acting out* destrutiva ou autodestrutiva. (GUS, 2007).

Quanto à periculosidade criminal, observa-se que estas

anomalias do comportamento se manifestam sob o modelo de um impulso frequentemente agressivo, ou de atos mais complexos, às vezes mesmo sob o modelo de um ‘acting out’ que escapa, de certo modo sub-repticiamente, à vontade e à consciência do indivíduo. Estes atos involuntários, nocivos ou perigosos para os outros, constituem delitos ou crimes quando, segundo o estatuto jurídico (Código Penal) que regulamenta o sistema dos impedimentos e das penas em todas as

sociedades organizadas, eles transgridem a lei. (EY et all, 1985, p.1211 apud MITJAVILA, 2010).

Dessa forma, a pessoa não controla seus impulsos e por esse motivo é potencialmente perigosa. A psiquiatria forense parece concordar com essa afirmação e a incapacidade para o autocontrole surge como um elemento decisivo na explicação dos possíveis comportamentos violentos do futuro. Pois, como apontam Araujo e Menezes (2003, p.235 apud MITJAVILA, 2010, p. 27), o crime aparece e

se produz quando um indivíduo, em resposta a impulsos de ordem biológica, psicológica e social, encontra-se numa situação tal que a execução do delito se lhe afigura como saída inevitável ou necessária (Não estamos dizendo que o crime é um acontecimento de caráter fatalista, que o agente do delito é exculpável porque não lhe restava outra alternativa; o crime é, na maioria dos casos, um transtorno da personalidade, não da inteligência: o criminoso –imputável- escolhe mal a sua conduta, não por estar subjugado a forças que não domina, mas porque não tinha perfeita noção de como controlá-las).

Ou seja, ao se falar de periculosidade e a avaliação desta, o *acting out* tende a aparecer permanentemente na análise dos psiquiatras, deixando de ter um caráter circunstancial na vida da pessoa. Cabe destacar que isso é observável em maior grau na avaliação psiquiátrica dos loucos criminosos. (MITJAVILA, 2010).

Em suma: a criminalidade como perda de autocontrole e a doença mental como elemento etiologicamente relevante desse descontrole que dispara atos violentos, vão se constituir em elementos estruturantes do discurso médico no campo da psiquiatria forense. Para uma melhor indagação das práticas discursivas e não discursivas que organizam dessa forma as relações entre loucura e criminalidade, no próximo capítulo serão apresentadas, sob um olhar bastante etnográfico, algumas das técnicas e procedimentos por meio dos quais opera a psiquiatria forense no Brasil.

### **3. 4. Os laudos psiquiátricos: uma leitura etnográfica**

O laudo de sanidade mental é um atestado psiquiátrico que relata o estado mental do indivíduo em um determinado momento. Esses estudos permitiram avançar no conhecimento das modalidades de participação do saber psiquiátrico na divisão social do

trabalho judiciário, as que compreendem, fundamentalmente, a emissão de laudos de sanidade mental e de laudos de cessação de periculosidade, dois dos principais momentos em que o saber científico-técnico é convocado como fonte legítima para a emissão de “verdades” e de “provas”. É da positividade desse saber que advém, não apenas a determinação/atribuição de condições que acabam afetando tanto as trajetórias sócio-biográficas dos indivíduos submetidos a estas avaliações quanto os processos mais amplos de institucionalização de normas e valores referentes às relações entre agentes individuais e instituições sociais na contemporaneidade.

A estratégia mais conhecida e aparentemente utilizada pela psiquiatria forense é um esquema “biografizado” (Bercovich, 2000 apud MITJAVILA, 2010), o qual estabeleceria uma distinção entre a “época pré-delito”, a “época do delito” e a “época pós-delito”. Essa biografização tentaria responder tanto sobre a responsabilidade do periciado quanto ao delito como sobre a periculosidade que este apresenta.

*Pré-delito:* conhecer a história do indivíduo anterior ao ato, assim como a história de doença mental, transtorno da personalidade ou dependência de álcool e outras drogas; se houve tratamento psiquiátrico prévio ou não.

*Delito:* detalhes sobre o crime praticado; situação emocional do periciado na prática dos crimes; questionamento sobre o controle sobre os impulsos agressivos.

*Pós-delito:* história do comportamento durante a internação; persistência do transtorno psiquiátrico previamente detectado.

Com efeito, o exame pericial que constitui a base da emissão de laudos de sanidade mental e de cessação de periculosidade consiste em uma entrevista ou interrogatório dirigido à obtenção de evidências sobre a responsabilidade e a periculosidade do periciado com relação a um evento passado, no primeiro caso, e a eventos incertos de natureza violenta ou criminosa, num futuro também indeterminado. (MITJAVILA; MATHES, 2007).

Para a presente avaliação, foi selecionado um laudo por década desde a fundação do HCTP, em 1971, para tentar observar as mudanças e permanências na atuação pericial dos psiquiatras.

### ***Exame de Sanidade Mental***

O exame de sanidade mental tem como objetivo avaliar e sustentar a posição do juiz quanto à responsabilidade do periciado no momento do delito. A partir dele, ao se definir a presença de transtorno mental, aplica-se uma medida de segurança com internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou similar, ou com tratamento ambulatorial quando o crime foi punido com detenção. Essa determinação é atribuída ao indivíduo pelo juiz, a partir de uma avaliação legal que não envolve a gravidade da condição mental do indivíduo. (art. 97 do Código Penal).

O indivíduo é submetido a um interrogatório com o intuito de avaliar a sua sanidade mental, assim como se realiza uma entrevista com a família do periciado, não sendo esta última obrigatória nem fazendo parte do laudo de sanidade mental em si, sendo realizada apenas para subsidiar a avaliação do psiquiatra. O que se pretende é avaliar se no momento do delito, o periciado tinha consciência do fato e das implicações legais deste. (MITJAVILA, 2010).

### **Os laudos de sanidade mental**

Os laudos de sanidade mental sofreram mudanças de nomenclatura dos itens que os compõem e passaram a ser cada vez mais sintéticos, precisando cada vez menos comprovar a avaliação e posicionamento psiquiátrico quanto a sanidade do paciente e a responsabilidade deste sobre o crime, reforçando a aliança judiciário e psiquiatria.

Na década de 70, fazem parte do corpo do laudo de sanidade, além dos quesitos a serem respondidos:

- identificação do paciente
- antecedentes mórbidos pessoais
- antecedentes mórbidos familiares
- antecedentes biográficos psico-sociais
- exame clínico
- exames complementares
- exame psíquico
- discussão e conclusão.

Já no início do século XXI, além dos quesitos a serem respondidos conta:

- identificação

- exame clínico
- exame psíquico
- avaliação do serviço social
- discussão e conclusão

Os itens não apenas ficaram mais sucintos, como também com menos elementos. Observa-se também a inclusão do parecer profissional do Serviço Social sobre o âmbito social da vida do paciente, passando a este profissional a realização da anamnese familiar e pessoal do indivíduo periciado, cabendo ao psiquiatra uma avaliação especificamente sobre a presença de transtornos ou doenças. Essas mudanças ocorreram de forma gradual durante os anos, com a estrutura atual já estando presente na década de 90, mas o Serviço Social só é chamado a participar desse processo de perícia no início do século.

Quanto a quem está autorizado a apresentar os quesitos a serem respondidos pelo psiquiatra, não há uma constância, pois estes podem ser solicitados pela Promotoria Pública, pela Defesa, e pelo juiz, ou os quesitos a serem respondidos podem ser elaborados exclusivamente pelo juiz. Cabe destacar que os quesitos, quando elaborados por diferentes fontes, de forma geral, são bastante similares, havendo inclusive redundância nas respostas do psiquiatra.

Sobre os quesitos, especificamente, eles compreendem perguntas que buscam dar subsídio ao juiz para decidir sobre a responsabilidade do periciado e se este é imputável ou não. A essência dos quesitos mudou pouco durante as décadas, mas ficaram cada vez mais concisos. Os quesitos questionam obrigatoriamente se, ao tempo da ação, o indivíduo era inteiramente capaz de entender o caráter criminoso do ato e de determinar-se de acordo com esse entendimento. Mas questionam ao psiquiatra também, mas não obrigatoriamente, se o periciado detinha alguma doença mental, distúrbio psiquiátrico, desenvolvimento mental incompleto, retardo ou qualquer perturbação da saúde mental; se sim, qual; se era anterior aos fatos, se há necessidade de tratamento, e se sim, qual.

No laudo de 2005, o juiz pergunta: “Pode ser considerado perigoso o periciado, porque a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir?”, tendo uma resposta afirmativa por parte do psiquiatra. Aparece aqui já uma avaliação de periculosidade presumida do periciado, ainda que não seja esse o objetivo principal do laudo de sanidade, e sim do laudo de cessação de periculosidade.





ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DA JUSTIÇA  
MANICOMIO JUDICIARIO

## LAUDO DE EXAME DE SANIDADE MENTAL

Joinvile, 09 de

S e t e m b r o

de 19 74.

Exmo. Sr. M.M. Juiz de Direito, Dr.

- Comarca de - SC.

Os abaixo assinados, peritos encarregados do exame de sanidade mental

dão a seguir o laudo respectivo.

### - IDENTIFICAÇÃO -

anos de idade, natural de Município de  
filho de e de Dona

1 - ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS - Desconhece condições de gestação e parto. Desenvolvimento psicomotor sem particularidades. Contraiu as viro ses próprias da infância.

Sofreu somente uma internação hospitalar devido a acidente de serviço. Tinha passado venéreo.

É estilista e tabagista social.

2 - ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES - Pais falecidos de morte súbita, desconhece a causa.

Tem uma irmã com passado de internação em hospital psiquiátrico e, outra que morreu ao nascer (sic).

Seus filhos gozam de perfeita higidez física e mental, sendo que dois faleceram devido a bronquite (sic).

A esposa era "nervosa" (a vítima).

Relata que seus tios sofrem dos nervos (sic).

3 - ANTECEDENTES BIOGRÁFICOS PSICO-SOCIAIS - Os pais residiam em

, sendo seu pai lavrador. A mãe era costureira e também ajudava o marido na lavoura. A família era composta por filhos; eram do sexo feminino. Possuíam condição sócio-econômica razoável. O periciado nasceu



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DA JUSTIÇA  
MANICÓMIO JUDICIÁRIO

5 - EXAME CLÍNICO - O exame dos diversos aparelhos e sistemas revelou-se como clinicamente normal.

6 - EXAMES COMPLEMENTARES - Sorologia para lues negativa. Inteligência superior ao termo médio ( teste de Raven).

7 - EXAME PSÍQUICO - Às diversas entrevistas a que foi submetido apresentava-se com vestes próprias do Manicômio Judiciário, boa higiene corporal, e ao adentrar no consultório o fazia em atitude bastante passiva aguardando solicitação para sentar-se. Após o primeiro contato, ao tentar responder uma determinada pergunta, entrava em detalhes perdendo-se da temática principal, em assuntos colaterais. Não estava propriamente excitado; demonstrava-se mais hiperativo, falando incessantemente, inquieto embora fosse considerada pobre sua gesticulação. Com referência ao delito, inicialmente procurava omitir-se para posteriormente enumerar justificativas ( idéias delirantes de ciúme e influência) dizendo estar a esposa de namoro com outro homem.

Somente depois de algumas entrevistas é que se permitiu contar alguma coisa - à respeito do crime. Disse-nos que " a esposa foi ãle próprio que a matou, - desferindo-lhe machadadas na cabeça, tendo cêntudo poupado o corpo ". Mostrou interesse em frisar que foi so a cabeça atingida e o corpo ficou " limpinho", em continuação relatava que tudo ocorreu " porque tinha de acontecer; afinal de contas ela era minha mulher própria ". Em algumas oportunidades manifestou idéias delirantes de grandeza e de ciúme, e o relato do crime era feito num clima de indiferença, parecendo-lhe tudo muito natural.

Em resumo: Trata-se de pessoa aparentemente calma, com tendencia a hiperatividade, lúcida e parcialmente orientada alopsiquicamente, logorreico, prolixo, - permite evidenciar incoerência do pensamento com fuga de idéias e minuciosidade. São frequentes os circunlóquios e estão presentes idéias delirantes principalmente de grandeza. A gesticulação apesar de pobre tem algo de estereotipada e há uma tendência ao indiferentismo quando do relato do delito. Memória conservada para fatos recentes e passados; discreta superdesviabilidade da atenção e queda do juizo crítico. Não foram evidenciados distúrbios da sensopercepção.

8 - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO - Em vista das observações e da clinica apresentada pelo periciado durante sua permanência neste Estabelecimento, concluímos

VISTO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DA JUSTIÇA  
MANICÓMIO JUDICIÁRIO

concluimos ser o mesmo portador da Síndrome Maníaca - o que do ponto de vista Psiquiátrico-Forense o torna inteiramente irresponsável.

RESPOSTAS AOS QUESITOS

( Da Promotoria Pública )

1. - Se o réu é portador de doença mental ?  
R. - Sim, Síndrome Maníaca.
2. - Se na época em que praticou o crime, 26/04/73, já era portador de moléstia mental ?  
R. - Sim.
3. - Em consequência desta moléstia mental, era, ao tempo do fato, inteiramente capaz de entender o caráter criminoso do dito fato ?  
R. - Não era capaz.
4. - O réu por doença mental, era, ao tempo do fato inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do fato ?  
R. - Era incapaz.
5. - O réu é retardado mental ?  
R. - Não é retardado mental.
6. - O réu por ser retardado mental, carecia, ao tempo do fato, da plena capacidade de entender o caráter criminoso do dito fato ?  
R. - Prejudicada.
7. - O réu por ser retardado mental, carecia, ao tempo dos fatos, da plena capacidade de determinar-se de acordo com o entendimento do caráter criminoso do dito fato ?  
R. - Prejudicada.
8. - A nobre Junta Médica emita livremente seu parecer justificando ou esclarecendo os itens acima, e na hipótese de se tratar de um fato não perguntado acima, deem os Integros Facultativos seus pareceres.  
R. - VIDE DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.

( Da Defesa )

1. - Se   
R. - Não é portador de deficiência mental.
2. - Se   
R. - Prejudicada
3. - Se   
R. - Não apresenta alterações neurológicas.
4. - Se   
R. - Sim, em razão de sua doença mental.

VISTO



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DA JUSTIÇA  
MANICÓMIO JUDICIÁRIO

5. - Se \_\_\_\_\_ é considerado um elemento perfeitamente normal tendo plena capacidade de entender todos os seus atos ?  
R. - Vide discussão e Conclusão.

6. - Em caso de deficiência mental, qual as consequências que poderia trazer tal deficiência para \_\_\_\_\_ ?  
R. - Não é portador de deficiência mental.

7. - Se \_\_\_\_\_, em seu estado atual de sanidade mental, pode ser considerado elemento perigoso para a sociedade ?  
R. - No momento, sim. Contudo responde bem a terapêutica especializada.

8. - Se \_\_\_\_\_, em seu estado atual de sanidade mental poderia cometer crimes, de forma fria, matando sua própria esposa, grávida de 8 meses, a golpes de machado, para em seguida afastar-se do local, sem a menor perturbação, deixando a vítima abandonada à beira de um caminho de roça, para somente depois de 2 dias, de convívio com seus conhecidos, relatar o acontecido ?  
R. - Vide " Exame Psiquico " e " Discussão e Conclusão " .



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão  
Secretaria Executiva da Justiça e Cidadania  
Departamento de Administração Prisional – DEAP  
*HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO*

LAUDO DE SANIDADE MENTAL Nº

Nome do Periciando:

Exmo Sr. Juiz de Direito da  
- SC.

Florianópolis, 29/10/2008  
Comarca de

TOS ABAIXO-ASSINADOS, PERITOS ENCARREGADOS DO EXAME, DÃO A SEGUIR O RESPECTIVO LAUDO:

**1 – IDENTIFICAÇÃO :**

pedreiro,        anos de idade  
e de

brasileiro, masculino,  
1º grau incompleto, filho de  
natural de        /SC.

**2 – DENÚNCIA:** Foi denunciado pelo Digno Representante do Ministério Público da Comarca de        , como incurso nas sanções do artigo 121 § 2º, I e III, CP c/c o artigo I e II da Lei 11.340/07, nos Autos de nº

**3 - EXAME CLÍNICO:** Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**4 - EXAME PSÍQUICO :** Procedente do presídio de        , o periciando compareceu ao HCTP, com finalidade de laudo de sanidade mental. Ao exame, apresentou-se lúcido e orientado com relação a sua pessoa, no tempo, espaço e lugar. Manteve diálogo espontâneo, traduzindo pensamento agregado e coerente, isento de idéias delirantes. Não foram evidenciadas alterações da senso-percepção, e a memória mostrou-se conservada para fatos presentes e passados. As demais funções cognitivas aferidas clinicamente, não revelaram rebaixamento significativo. De relevância, as alterações observadas situam-se no âmbito da conduta, com atitudes e prática de atos agressivos e ameaçadores. O periciando nega as acusações e ratifica seu depoimento na Delegacia e em Juízo. Antes de sua última prisão, em março/2008, encontrava-se em liberdade condicional após ter cumprido 14 anos de reclusão em regime fechado, condenado por latrocínio. Negou o uso abusivo de álcool, bem como negou o uso de tóxicos. Não há registros de tratamento psiquiátrico anterior e o periciando confirmou que sempre foi saudável e nunca tomou remédios. Ao exame atual, conserva pleno seu juízo de realidade, e não apresenta sintomas ou manifestações de nível psicótico, bem como não é considerado dependente do uso de álcool e/ou drogas.

1º Perito

CRM

Fls: 1

2º Perito



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão  
Secretaria Executiva da Justiça e Cidadania  
Departamento de Administração Prisional – DEAP  
*HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO*

LAUDO DE SANIDADE MENTAL Nº

Nome do Periciando:

Florianópolis, 29/10/2008

Exmo Sr. Juiz de Direito da  
- SC.

Comarca de

**4 - AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:** Periciando vem sem acompanhante familiar. Informa estar preso desde 8 de março, acusado de ter matado sua ex-mulher. Alega não ter cometido o delito. Anteriormente já cumpriu pena por latrocínio e estava fora da Penitenciária há 5 anos. Conheceu sua ex-mulher na Penitenciária, onde casou. Viveram juntos durante 8 anos. Não teve filhos com ela. Moravam em casa alugada. Estavam separados há 2 meses, quando ela faleceu.

já estava vivendo com outra companheira e trabalhando em construção civil. Natural de , passou sua infância em . É o 3º de 8 irmãos, sendo que um deles é falecido. Pai era alcoolista e faleceu quando tinha 18 anos de idade. Mãe reside em . Segundo não tem tido contatos com seus familiares; Refere não ter antecedentes psiquiátricos. Sempre teve boa saúde. Alega que estava vivendo bem depois de ter saído do sistema prisional, conseguindo trabalho com facilidade. Sua separação foi amigável e por isso não tinha motivos para cometer o crime. Tem 2 filhos do 1º casamento (23 e 18 anos). Eles vivem com a mãe e não tem contatos com eles. Não tem vínculo empregatício, tinha carteira profissional assinada antes de sua última prisão. Não tem recebido visitas no presídio –  
– Assistente Social.

**6 - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO :** Diante dos dados acima expostos e análise do caso em tela, constatamos que o periciando não apresenta transtorno mental parcial ou totalmente alienante. As alterações de conduta evidenciadas em seus antecedentes apesar de refletirem desajustes em sua personalidade, não interferem ou comprometem sua capacidade de entendimento e autodeterminação com relação aos atos praticados. Nesta condição, o periciando deve ser considerado do ponto de vista psiquiátrico-forense, imputável pelos referidos atos ilícitos praticados.

1º Perito

CRM

Fls: 2

2º Perito



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão  
Secretaria Executiva da Justiça e Cidadania  
Departamento de Administração Prisional – DEAP  
*HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO*

LAUDO DE SANIDADE MENTAL Nº

Nome do Periciando:

Florianópolis, 29/10/2008

Exmo Sr. Juiz de Direito da  
- SC.

Comarca de

**RESPOSTAS AOS QUESITOS  
(DO MM. JUIZ)**

1º) Por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era o réu, ao tempo da ação inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato?

R – NÃO ERA INTEIRAMENTE INCAPAZ.

2º) Por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era o réu, ao tempo da ação inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R – NÃO ERA INTEIRAMENTE INCAPAZ.

03) Em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía o réu, ao tempo da ação a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato?

R – SIM, POSSUÍA.

04) Em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía o réu, ao tempo da ação a plena capacidade de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R – SIM, POSSUÍA.

**RESPOSTAS AOS QUESITOS  
(DA PROMOTORIA)**

1) O réu é dependente químico ou alcoólatra?

R – NÃO APRESENTA DEPENDÊNCIA COM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRA SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

2) Em que grau?

R – PREJUDICADO.



1º Perito

CRM

Fis: 3

2º Perito



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão  
Secretaria Executiva da Justiça e Cidadania  
Departamento de Administração Prisional – DEAP  
*HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO*

LAUDO DE SANIDADE MENTAL Nº

Nome do Periciando:

Florianópolis, 29/10/2008

Exmo Sr. Juiz de Direito da  
- SC.

Comarca de

3) Em razão da dependência era o réu, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do mesmo?

R – PREJUDICADO.

4) Em virtude da dependência era o réu, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de determinar-se de acordo com esse entendimento?

R – PREJUDICADO.

5) Em razão da dependência o réu não possuía, ao tempo do fato, a plena capacidade de entender o caráter do mesmo?

R – PREJUDICADO.

\*\*\*\*\*

1º Perito

CRM

Fis: 4

2º Perito

### *Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade*

Este exame, único atualmente da jurisdição da psiquiatria forense, existe com o propósito de determinar se, durante o período de cumprimento da medida de segurança,



houve uma persistência, uma atenuação ou a cessação total da periculosidade criminal dos indivíduos irresponsáveis e/ou inimputáveis.

Este exame é necessário porque a medida de segurança não tem duração previamente determinada por lei, tendo duração mínima de um ano e máxima de três anos, quando obrigatoriamente deverá ser realizado um exame de verificação de cessação de periculosidade. A partir deste, o período da medida de segurança se estende indeterminadamente, ainda que seja necessário realizar novo exame de cessação de periculosidade todo ano. Como resultado da perícia médica, determina-se a liberação ou não do indivíduo da medida de segurança, ainda que em caráter condicional, pois a medida poderá ser re-instaurada se o indivíduo desenvolver algum tipo de comportamento que seja interpretado como persistência da periculosidade antes do decurso de um ano. “A emissão do laudo é precedida do exame (EVCP) praticado por um único psiquiatra, embora os manuais recomendem que seja realizado por dois peritos forenses.” (ABDALLA-FILHO, 2004b).

É através do interrogatório que se avalia a periculosidade do paciente. Contudo, literatura sobre psiquiatria forense, aparentemente, não estaria proporcionando parâmetros muito precisos sobre a técnica do interrogatório propriamente dita. Não havendo instrumentos padronizados de indagação, “o interrogatório e a utilização de outras fontes de dados (como o comportamento do indivíduo durante sua internação, por exemplo) não respondem a padrões preestabelecidos que orientem a busca de ‘fatores de risco’ ou de indícios de periculosidade.” (MITJAVILA, 2010, p. 42).

No laudo aparece essa trajetória biográfica do periciado. Assim, trata-se de uma estratégia que o psiquiatra forense desenvolve

através de um ‘corte longitudinal’ na evolução do indivíduo, ou seja: descortinando-se fatores causais que tiveram influência sobre o desenvolvimento da personalidade da pessoa periciada, quanto à hereditariedade e o curso da vida, registrando todas as formas de comportamento do indivíduo que tem uma significação sintomática como exteriorização da personalidade: sua permanência e comportamento na escola, na profissão, vadiagem, inconstância no emprego, mentiras desnecessárias, manifestações de medo, arrebatamentos afetivos, comportamento em relação aos companheiros, à esposa ou concubina, aos superiores, ocupação do tempo livre, vida sexual, emprego dos rendimentos, uso de bebidas, atividades na vida econômica, solução de conflitos, infrações delituosas pretéritas. Em suma, a história do indivíduo, seu passado, o outrora. (ARAÚJO e MENEZES, 2003, p. 237 apud MITJAVILA, 2010, p.43).

Nesse processo o que se pretende desvendar é a personalidade do infrator, para assim avaliar sua periculosidade atual.

### **Os laudos de cessação de periculosidade**

Os laudos de cessação de periculosidade têm como característica principal avaliar a vida hospitalar do paciente do HCTP e definir se ele tem condições de retornar ou não ao convívio em sociedade, ao considerar se a periculosidade presumida do paciente está cessada ou não.

O laudo de cessação é dividido em duas partes, quais sejam, o laudo em si e o relatório de vida hospitalar, sendo a primeira obrigatória e a segunda opcional.

O relatório de vida hospitalar é livre e tem como objetivo relatar ao juiz em, no máximo duas páginas, sobre o comportamento do paciente durante o tempo em que esteve retido no HCTP, como se relacionou com outros pacientes, profissionais e agentes, e como evoluiu seu quadro psiquiátrico. Ainda que traga várias informações, não é a parte central do laudo, a qual é composta basicamente pela identificação do paciente, uma breve avaliação psiquiátrica, discussão e conclusão. Na discussão apresenta-se a opinião médica sobre o paciente e na conclusão, se ele deve permanecer na instituição ou ser liberado da medida de segurança, com encaminhamento a outra instituição psiquiátrica, ao CAPS ou unicamente aos cuidados da família.

Ao se comparar os laudos de cessação das diferentes décadas, percebe-se uma inalterância com o passar dos anos. Apesar de pequenas mudanças em nomes que itens (avaliação psiquiátrica atual ou exame psíquico), tanto estruturalmente quanto no que se refere ao conteúdo, os laudos se mantiveram inalterados, concluindo sempre se o paciente pode ou não ser liberado da medida de segurança.

Cabe destacar que estes laudos, assim como ocorre nos laudos de sanidade mental, ficaram cada vez mais concisos, limitando-se a anunciar o estritamente necessário ao juiz e envolvidos no processo judicial.

Quanto ao laudo de cessação de periculosidade, cabe destacar que, do ponto de vista dos direitos humanos dos sujeitos periciados, trata-se de uma tecnologia que não oferece garantias mínimas, no sentido de permitir realizar controles técnicos posteriores, devido à irreplicabilidade dos procedimentos e, portanto, à impossibilidade de introduzir a avaliação por pares. Diferentemente do que acontece em outras áreas da medicina legal,

onde as evidências forenses são ou podem ser registradas por meio de imagens e outros suportes tecnológicos ou materiais, assistimos aqui a elaboração de juízos profissionais baseados em informação obtida a partir de evidências imateriais (simbólicas, objetivas ou subjetivas) e irrepetíveis, devido ao contexto interacional entre perito e periciado que caracteriza o ato forense. (MITJAVILA, MATHES, 2007).

Florianópolis, 18 de Janeiro de 1.978

Ao Exmo. Senhor Dr. \_\_\_\_\_, MM. Juiz de Direito da Comarca \_\_\_\_\_ - SC

Os abaixo assinados peritos encarregados do Laudo de Cessação de Periculosidade em \_\_\_\_\_, dão a seguir o Laudo respectivo.

1. IDENTIFICAÇÃO - \_\_\_\_\_, brasileiro, branco, masculino, viuvo, 47 anos de idade, filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, Município de \_\_\_\_\_ - SC.
  
2. HISTÓRICO - Foi denunciado pelo representante do Ministério Público da Comarca de \_\_\_\_\_ - SC, por infração do Art. 121, § 2º, II do Código Penal. Como houvesse dúvida sobre a integridade mental do acusado, em 18/07/74 foi internado neste Manicômio para ser submetido a Exame de Sanidade Mental. O Laudo foi concluído em 09/09/74, tendo os senhores peritos concluído que o acusado era portador de "Síndrome Maníaca", sendo irresponsável pelos seus atos. Por sentença datada de 25/11/74, o MM. Juiz de Direito da Comarca de \_\_\_\_\_, considerando o disposto no artigo 22 do Código Penal, face a conclusão da perícia, absolveu o acusado das imputações que lhe foram feitas e, com base no artigo 78, I o/c o artigo 91 § III, do mesmo diploma legal, submeteu o acusado a 2 anos de medida de Segurança Detentiva.
  
3. EXAME PSÍQUICO - Nas entrevistas a que se submeteu, mostrou conservadas as funções de orientação, memória, atenção. Lúcido, linguagem espontânea, com certa prolixidade, porém sem evidenciar idéias delirantes. O humor tem-se mantido estável, bem como o comportamento, auxiliando nas tarefas hospitalares. Conserva a lembrança dos fatos que envolveram o crime, sem negá-lo, utilizando-se de justificativas, porém mostrando arrependimento.
  
4. CONCLUSÃO - A estabilidade das funções psíquicas do paciente, associando-se a uma conduta também estável, sem demonstrar agressividade, leva-nos a concluir pelo retorno do interno ao convívio social, recomendando-se, todavia, tratamento ambulatório e a aplicação do artigo 91 § 5º, do Código Penal Brasileiro.

Florianópolis, 18 de Janeiro de 1.978

Relatório sobre a vida hospitalar do interno  
 , brasileiro, idade, natu  
 , lavrador, filho de e de

Foi denunciado pelo representante do Ministério Pú  
 , por infração do Artigo 121, § 2º II, do Código  
 Penal. Como houvesse dúvida sobre a integridade mental do acusado, em 18.07.74 -  
 foi internado neste Manicômio para ser submetido a exame de sanidade mental. O  
 exame foi concluído em 09.09.74, tendo os senhores peritos que o acusado era por  
 ter de "Síndrome Maníaca", sendo irresponsável pelos seus atos. Por sentença  
 dada de 25.11.74, o MM. Juiz de Direito da Comarca , considerando o  
 disposto no artigo 22 do Código Penal, face a conclusão da perícia absolveu o a-  
 cusado das imputações que lhe foram feitas e, com base no artigo 78, I c/c o ar-  
 tigo 91, § 1º, III, do Código Penal legal, submeteu o acusado a 2 anos de medi-  
 da de segurança detentiva. As primeiras entrevistas apresentou-se calmo, lúcido,  
 orientado, com forte tendência a prolixidade, procurando fugir ao assunto do  
 delito com circunlóquios negando fenômenos alucinatorios visuais ou auditivos ,  
 revelou o quadro delirante de grandeza, persecutório e místico.  
 Revelou também indiferença afetiva ao referir-se ao delito, com exaltação do hu-  
 manidade, permitindo observar que não tinha consciência de sua real situação. Deixan-  
 do sem medicação para melhor observação, em 25.10.74 o paciente apresentava pen-  
 samento incoerente, prolixidade, minuciosidade, fuga de idéias e tendência a la-  
 bilidade afetiva. Este quadro psíquico foi melhorando gradativamente face ao tra-  
 tamento ministrado. Relaciona-se bem com os demais pacientes e funcionários deg  
 do estabelecimento. Mostra-se educado, com bom asseio pessoal e excelente condu-  
 ta, desempenhando à contento das tarefas que lhe são atribuídas. Tem demonstrado  
 preocupação com seu filhos e arrependimento pelo delito praticado. Tem planos -  
 concretos para o futuro. Relata que ao sair deste manicômio pretende voltar para

... segue ...



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão  
Secretaria Executiva da Justiça e Cidadania  
Departamento de Administração Prisional – DEAP  
**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO**

Ao Exmo Sr. Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais da Capital. Florianópolis, 27/03/2008

O abaixo assinado, perito encarregado na elaboração do Laudo de Cessação de Periculosidade em \_\_\_\_\_, apresenta a seguir o referido laudo.

**1 - IDENTIFICAÇÃO** –  
solteiro, sem profissão definida, \_\_\_\_\_ anos de idade ( \_\_\_\_\_ ), brasileiro, masculino,  
e de \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_ - SC.

**2 - EXAME PSÍQUICO** – Solicitado, \_\_\_\_\_ compareceu voluntariamente para as entrevistas, mostrando-se calmo, solícito e colaborador. As perguntas que lhes eram dirigidas recebiam respostas claras, lúcidas e coerentes, revelando que suas funções psíquicas estão compensadas, livres de comportamento mórbida de relevância forense.

**3 - DISCUSSÃO** - Trata-se de um paciente portador de um processo esquizofrênico, no momento compensado com a terapêutica instituída pela casa, inclusive a medicamentosa, indispensável para a manutenção do seu estado atual de higiene. Com apoio familiar, mantendo consciência da enfermidade, apresenta boas condições de seguir o tratamento de forma ambulatorial, no CAPS de sua comarca.

**4 - CONCLUSÃO** – Pelo o que foi apresentado anteriormente, nos manifestamos pelo desinternamento do periclando, dando por cessada sua periculosidade.

Dr. \_\_\_\_\_

CRM –  
Perito



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão  
Secretaria Executiva da Justiça e Cidadania  
Departamento de Administração Prisional – DEAP  
**HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO**

### RELATÓRIO DE VIDA HOSPITALAR

Relatório de Vida Hospitalar do interno \_\_\_\_\_, branco, brasileiro, \_\_\_\_\_ anos de idade(\_\_\_\_\_), filho de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_ - SC. foi internado neste Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico proveniente do Presídio de \_\_\_\_\_, no dia \_\_\_\_\_ de dezembro de 2004 para elaboração de Laudo de Insanidade mental que fora concluído em fevereiro do ano de 2005, dando-o como inimputável pelos atos praticados por ser portador de um quadro psiquiátrico denominado Transtorno Esquizofrênico, caracterizado por pensamento com conteúdo delirante, persecutório, justificando o duplo homicídio por sentir-se ameaçado de morte pelas vítimas – “diziam que eu era o demônio e que tinha que morrer”. Apresentava, ainda, antecedentes de uso abusivo de álcool e tentativa de suicídio, dentro dos Autos do Processo-Crime de nº \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

Durante o período de internamento o periciado submetido a tratamento especializado logo logrou melhoras, mantendo-se compensado, participando das atividades laborativas da instituição, é membro do grupo de higiene, cuidando de si e de outros pacientes mais necessitados, sem apresentar intercorrências desfavoráveis e ajuda na faxina externa do hospital.

Com relação aos delitos praticados, o periciado faz crítica adequada e tem consciência que quando estiver em liberdade, tem que dar prosseguimento ao tratamento psiquiátrico em regime ambulatorial.

Tem convivido em harmonia com os demais internos e funcionários.

Sob ponto de vista social, o mesmo tem recebido o apoio necessário da irmã, de nome \_\_\_\_\_ que desde sua chegada na instituição a mesma não o abandonou, tem feito contato com o interno quinzenalmente por telefone, não comparecia no HCTP por ter sua mãe enferma e que faleceu recentemente, melhorando o tempo que terá disponível para cuidar do irmão (sic), suporte indispensável para a continuidade do tratamento em regime ambulatorial.

Foi solicitada pelo perito que a Assistente Social procedesse visita domiciliar na residência da irmã do interno que constatou que há uma grande afinidade e afetividade entre ambos e que as condições estabelecidas para que a instituição possa estabelecer a alta de \_\_\_\_\_ foram satisfatórias.

sendo que durante a visita naquele município buscamos apoio junto à comunidade para que o periciando possa seguir o tratamento em regime ambulatorial como solicita o perito.

O periciando recebe o BPC e terá direito do benefício de Volta para Casa, o que ajudará nas despesas de ambos, uma vez que sua irmã não possui renda.

Diante do exposto, corroboramos com a opinião do perito no sentido de aconselhar a desinternação de desde que o mesmo siga com o tratamento psiquiátrico ambulatorial na comarca de origem.

Florianópolis, 27 de março de 2008

Gerente Jurídico

Assistente Social

Supervisor de Segurança

### **Algumas Observações**

A análise dos laudos acima transcritos permite realizar as seguintes observações:

- Eles tornaram-se cada vez mais concisos, no sentido de terem experimentado uma considerável redução de informações levadas em consideração pelo perito para chegar a sua conclusão final. Diante desta constatação, poder-se-ia aventar a hipótese que tal redução torna-se possível em virtude do alto grau de autonomia conquistado pela profissão médica para exercer a função forense. Ao magistrado interessa, não a forma de elaboração da conclusão do médico, e sim, apenas, o seu ditame. Ao mesmo tempo, essa característica dos registros periciais apresenta a propriedade de invisibilizar os mecanismos de poder que operam no próprio processo de produção da verdade médica sobre o indivíduo, sobre a loucura e sobre a criminalidade. Um exemplo desse caráter oculto do funcionamento do poder (FOUCAULT, 2001) pode ser observado na maneira em que se constrói a narrativa



psiquiátrica caracterizada pela permanente utilização de paráfrases na descrição das falas dos indivíduos periciados. A guisa de ilustração, as seguintes falas podem ser apresentadas: “relata que ao sair deste manicômio pretende voltar para...”; “relata que seu pai ficou ‘meio louco’ após a separação”. Devido que todas as perícias são realizadas num contexto interacional entre perito e periciado, em que não existem testemunhas nem vestígios do interrogatório médico (a gravação de entrevistas é um fenômeno raro e pouco generalizado dentro e fora do país), a relação de poder entre ambas as partes alcança o máximo nível de invisibilização possível. Isto significa que exclui-se qualquer possibilidade de que sejam exercidos controles técnicos (por exemplo, por pares) ou sociais (por parte do próprio periciado, outros agentes que participam do processo judicial etc) da atividade do psiquiatra forense.

- Quanto ao papel do Serviço Social na emissão desses laudos, é preciso destacar que assume um caráter auxiliar da equipe liderada pelo psiquiatra, em virtude da sua inserção subordinada nos processos de arbitragem forense da criminalidade. De fato, a atuação dos assistentes sociais como peritos ainda não se encontra bem estabelecida e não tem o mesmo destaque e campo que lhe é garantido a outras profissões, como seria o caso da psiquiatria na área criminal. (MITJAVILA; MATHES, 2007) Isso ilustra o que já foi apresentado no primeiro capítulo a respeito de como os processos de medicalização sempre envolveram a subordinação de outros saberes.

- Embora exista uma legislação que reconheça a competência do Serviço Social na elaboração de perícias técnicas e laudos periciais, essa mesma legislação define como objeto de tais perícias a “matéria do Serviço Social”, objeto o suficientemente difuso como para disputar um espaço num campo absolutamente dominado pelo pensamento médico.

- Finalmente, um dos fatores criminogênicos destacados pela literatura e que parece influenciar a exploração anamnésica realizada pelos psiquiatras forenses nos laudos aqui examinados, é a família do periciado e, particularmente quando ela é definida como uma “família desagregada”. Ilustra esta perspectiva a seguinte afirmação de Maranhão, Araujo e Menezes (2003, p. 240 apud Mitjavila, 2010, p.28-29) quanto ao caráter criminogênico da “família desagregada”:

A família é, sem dúvida, um fator importante na formação da personalidade. O lar só atende às necessidades se cumpre suas funções básicas. Se a mãe, que representa a fonte de afeto, não compreende nem aceita o filho; se o pai, enquanto contato com realidade, é irascível e violento, omissivo, ou irresponsável; se a relação com os irmãos é excessivamente belicosa, o filho não desenvolverá adequadamente o sentimento de fraternidade, tão imprescindível nos processos adaptativos e, não raro, procurará afeto na rua, onde encontrará outros em situação análoga, passando a adotar outros códigos de conduta e, para sobreviver, recorrerá às ações anti-sociais, restando a sua readaptação como difícil e trabalhosa.

#### IV. A PSIQUIATRIA FORENSE E A PREVENÇÃO DA PERICULOSIDADE CRIMINAL

*Perícia* é uma palavra derivada do latim, *peritia*, e significa “conhecimento adquirido pela experiência que resulta em saber, talento, perícia”. (MIOTO, 2001, p. 146). Contudo, é necessário esclarecer que a perícia não é nem uma ocupação nem uma profissão, mas uma função exercida por diversos profissionais. Em tempos pré-modernos a habilidade exigida de um perito advinha da prática, da experiência; nos dias atuais, este conhecimento deve vir não apenas da experiência, mas principalmente do conhecimento científico. (FREIDSON, 1978; DAL PIZZOL, 2005).

Segundo o dicionário Aurélio (1999), *perícia* refere-se a “1 Qualidade de perito. 2 Destreza, habilidade. 3 Vistoria ou exame de caráter técnico e especializado. 4 Conjunto de peritos (ou um só) que faz essa vistoria. 5 Conhecimento, ciência.” A perícia, portanto, pode ser considerada um exame técnico especializado, realizado por um ou vários peritos. Dell’Aglío (2004, p. 23) apresenta o perito como

a pessoa, ou corporação, especializada e qualificada em razão de seu conhecimento, legalmente autorizada pelo juiz (que carece de certos conhecimentos técnicos especializados) para introduzir-se no processo de ditame sobre questões concretas de sua especialidade. Com veracidade e imparcialidade, constatadas na determinação de suas causas e efeitos, vistos os resultados e examinados os rastros materiais de um feito delituoso. Com o fim de assessorar e contribuir à convicção do juiz sobre aqueles feitos para a melhor administração da justiça. A perícia contém ademais uma operação valorativa, porque é essencialmente uma manifestação técnica e não uma simples narração das percepções. Esta apresenta-se na forma de laudo, como o parecer, opinião profissional ou ditame.

A atividade forense tem se tornado comum nas sociedades modernas e pode operacionalizar-se em diversos campos de atividade da vida humana e cumprindo os mais diversos papéis, de acordo com a necessidade que se apresentar. É exercida por especialistas para esclarecer variadas situações, com a finalidade de embasar algumas decisões. (DAL PIZZOL, 2005).

Contudo, Freidson (1978, p. 332) afirma que nem a perícia, nem o perito foram examinados de maneira suficiente e cuidadosa

como para permitir una formulación inteligente y autoconsciente del rol adecuado del experto en una sociedad libre. En verdad, creo que la pericia está cada vez más en peligro de ser utilizada como una máscara para el privilegio y el poder en vez de, como ella proclama, ser un modo de adelantarse al interés público. Se puede utilizar para encubrir más privilegio principalmente porque en forma habitual se la trata globalmente, más que analíticamente, oscurecida y mistificada por el aura de la ciencia moderna y la ideología de la moralidad.

A rigor, a prática pericial pode ser considerada como um desdobramento do exercício profissional – deve ser executada por representantes de uma profissão -, porém nem todas as profissões estariam em condições de exercê-la, seja porque a sociedade não requer do juízo profissional nessas áreas, seja porque a profissão carece dos meios intelectuais ou técnicos para assumir essa função (MITJAVILA, 2002; 2004).

Os primórdios da atividade pericial em torno da loucura e da criminalidade podem ser localizados na sociedade contratual da Revolução Francesa, quando o louco passa a sofrer sanções. Aqui este não aparece como sujeito de direito, ao não poder trabalhar nem fazer parte dos contratos burgueses. Portanto, entende-se que não deve estar sujeito às mesmas normas aplicadas às “pessoas ‘normais’”. Diante desse quadro, a prática de perícia passa a fazer parte das sociedades modernas, uma vez que a

avaliação fundada na competência técnica vai impor, a certos grupos ‘marginais’, um *estatuto* que terá valor legal embora seja constituído a partir de critérios técnico-científicos e não de prescrições jurídicas inscritas em códigos. Um processo de corrosão do direito por um saber (ou por um pseudo-saber, mas essa não é a questão), a subversão progressiva do legalismo por atividades de perícia, constituem uma das grandes tendências que, desde o advento da sociedade burguesa, opera os processos de tomada de decisão que engajam o destino social dos homens. Do contrato à tutelarização. (CASTEL, 1978, p. 19-20).

No final do século XIX, na França, os juízes passaram a chamar peritos para auxiliar em alguns casos, principalmente naqueles em que os acusados passaram a alegar “estado de delírio”. Assim, “a questão não era mais se ele era o autor do crime, mas sim se poderia ser punido pelo que praticara.” (HARRIS, 1993, p. 11). Os médicos-legistas já realizavam perícias nessa época ao avaliarem a “evidência física de morte súbita”, através de autópsias. Quanto ao “estado mental do réu”, passou-se a chamar “peritos no ramo da

*médecine légale des aliénés* (loucos)”, que geralmente eram renomeados psiquiatras de Paris. (HARRIS, 1993, p. 12).

As análises psicossociais efetuadas pelos psiquiatras peritos dos tribunais estavam baseadas em grande parte nas teorias deterministas de degeneração hereditária e automatismo neurofisiológico. Essas idéias pretendiam alterar o código penal, “baseado na responsabilidade moral, no livre-arbítrio e nas teorias legais de obrigação contratual baseada na culpa” e causaram um grande impacto nas formas de interpretar tanto a patologia individual quanto a social. (HARRIS, 1993, p. 13).

A psiquiatria no século dezenove era quase sempre vista como uma disciplina científica, determinista, que não admitia muito o livre-arbítrio e a responsabilidade moral. Por outro lado, a lei era tratada como um sistema que tinha como axioma básico o livre-arbítrio. (HARRIS, 1993, p.347)

Esta realidade gerava discussões entre os juristas e os psiquiatras.

Na segunda década do século XIX, surgem as primeiras discussões em torno da loucura e do crime, a partir da defesa de alguns “réus acusados de crimes brutais” por um grupo de médicos qualificando-os como “monomaníacos instintivos”. Os juristas, em contrapartida, tentavam impedir tal interferência nos “trabalhos que consideravam exclusivos da justiça.” (HARRIS, 1993, p. 14).

“Os psiquiatras franceses foram obrigados a apresentar as complexidades do argumento médico dentro de um contexto judicial muito específico, que freqüentemente não consideravam o ideal.” (HARRIS, 1993, p. 141) Em contrapartida, “a ajuda deles era cada vez mais requisitada pela equipe de legistas que investigavam os julgamentos criminais, principalmente nos casos de crime de morte.” Contudo, isto não significava que eles haviam deixado de ser “meros auxiliares num processo governado por praxes complexas de interrogatórios, investigações e procedimentos nas salas de audiência”, e ainda se chocavam “com a forma como se avaliava o problema da responsabilidade moral.” (HARRIS, 1993, p. 141).

Aos jurados franceses, diferentemente dos que atuaram na Inglaterra e nos Estados Unidos, cabia julgar não apenas se o acusado era “culpado” ou “inocente”, mas também se ele poderia ser moralmente responsabilizado. Assim, a interpretação pelos jurados da existência (ou não) da intenção de culpa tinha um impacto vital no resultado dos julgamentos.” (HARRIS, 1993, p. 152).

No fim de século XIX, os debates sobre o crime e a loucura encontravam-se em um momento delicado, pois um confronto entre o tradicional sistema judiciário francês e as “noções psiquiátricas de atividade mental, análises revistas da ‘mente criminoso’ e novas técnicas de prevenção e controle do crime” havia se formado. (HARRIS, 1993, p. 12). Mais especificamente, os juristas não tinham, num primeiro momento, a intenção de considerar a visão sobre criminalidade e loucura levada pelos médicos aos tribunais. (HARRIS, 1993, p. 153).

Para psiquiatras e juristas a questão moral era relevante. Pois ainda que os psiquiatras se apoiassem na “teoria da degeneração hereditária e do automatismo neurofisiológico”, ainda assim, acreditavam que o indivíduo tinha a obrigação de não ceder nem às circunstâncias, nem à sua natureza. (HARRIS, 1993, p. 348). Cabe destacar que o objetivo final para ambos era “definir o grau de incapacidade social em que se encontrava o réu.” Os critérios utilizados pelos psiquiatras nas perícias “buscavam um julgamento de ordem social”. (HARRIS, 1993, p. 349).

A psiquiatria é efetivamente uma ciência política já que ela respondeu a um problema de governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão ‘puramente’ técnica. Se existe repressão, esta se deve ao seguinte: com a medicina, a loucura passou a ser ‘administrável’. (CASTEL, 1978, p. 19).

Para entender essa medicina psiquiátrica, é preciso ter claro os dois atributos referentes à avaliação da periculosidade criminal de doentes mentais. O primeiro refere-se ao caráter dicotômico ou binário dos laudos periciais, o qual não é apenas uma imposição da justiça criminal, mas também, conforme já mencionado no segundo capítulo, um traço constitutivo do saber psiquiátrico desde suas origens. (MITJAVILA, 2009). Já o segundo atributo estruturador do olhar da psiquiatria em torno da periculosidade criminal advém da ausência do corpo (particularidade esta de raras especialidades médicas). Esta ausência do corpo refere-se às formas da avaliação realizada pelos psiquiatras, que basicamente compreendem objetos restritos “a comportamentos, atitudes, valores, idéias e referências morais dos indivíduos submetidos a avaliações de insanidade e periculosidade”. (MITJAVILA, 2009, p. 6).

A principal característica dos objetos da psiquiatria forense na área criminal é, portanto, sua natureza moral e social. Devido a isso, já nos códigos penais do século XIX esse caráter da intervenção psiquiátrica se manifestava toda vez que se tratava de avaliar o

“estado psicológico do réu antes e durante o crime”, como insumo de grande valor para os magistrados investigadores.” (HARRIS, 1993, p. 142).

Já em períodos muito recentes, percebe-se que

as decisões judiciais sobre a imputabilidade e confinamento de indivíduos considerados simultaneamente doentes mentais e criminosos quase sempre são coincidentes com - e se fundamentam - nas conclusões das perícias psiquiátricas, confirmando assim a permanente renovação de uma aliança de longa data entre poder judiciário e medicina psiquiátrica. (MITJAVILA, 2009, p. 3)

Castel (1978, p. 20) se pergunta a respeito dos limites da perícia para os profissionais, devido às proporções que essa função vai tomando. A atividade pericial passa a sustentar decisões sobre um número cada vez maior de assuntos em vários setores da vida social e pessoal, decisões essas tomadas “a partir de avaliações técnico-científicas produzidas por peritos competentes.”

Daí a relevância da presente discussão acerca de por que e de que maneira surge a necessidade de periciar o crime e a loucura e atribuir essa função aos psiquiatras, e de que forma a psiquiatria responde a esse mandato.

Embora não constitua um foco privilegiado da presente pesquisa, seria também pertinente indagar que direção segue a função pericial na psiquiatria forense no contexto da reforma psiquiátrica em curso no Brasil. Parte-se da hipótese de que as maneiras de exercer a função pericial essencialmente não mudaram muito, mas sim o alcance da medicalização no sentido de ir além desse caráter binário, loucura - não loucura, e dos modelos etiológicos terem experimentado transformações que contribuíram para redefinir, ampliando-o, o campo de objetos da psiquiatria forense. Assim, novos “diagnósticos e novos transtornos surgem a cada dia, levando-nos a agrupar num mesmo espaço classificatório fenômenos tão diversos e heterogêneos como a esquizofrenia, a depressão, os transtornos de ansiedade e sono, as fobias e os mais variados e inimagináveis tipos de comportamento considerados indesejáveis.” (CAPONI, 2009A, p. 530).

Durante o século XX a psiquiatria forense institucionalizou-se cada vez mais. A sua profissionalização, sob bases científico-técnicas, converteu a figura do psiquiatra em peça-chave dos processos de arbitragem da loucura e da criminalidade. De acordo com as pesquisas e os levantamentos existentes, o que pode ser observado é o caráter mais ou menos imutável dos procedimentos utilizados pelos psiquiatras para produzir verdades ao

longo de todo o século XX, e até o presente, sendo os hospitais de custódia o local privilegiado para tal.

Desta forma, o campo judiciário tem-se convertido num dos principais laboratórios de produção de dispositivos periciais que tiveram uma origem médica, mas que acabaram se estendendo para outros domínios extrajudiciais, criando "verdades" que se instituíram como referências morais de largo alcance institucional e populacional no mundo ocidental. (MITJAVILA, 2009, p.03).

Chegando ao século XXI, a psiquiatria aparece detendo o monopólio da avaliação forense nos campos que intersectam loucura e criminalidade, o que explicaria por que “as decisões judiciais sobre a imputabilidade e confinamento de indivíduos considerados simultaneamente doentes mentais e criminosos quase sempre são coincidentes com - e se fundamentam - nas conclusões das perícias psiquiátricas, confirmando assim a permanente renovação de uma aliança de longa data entre poder judiciário e medicina psiquiátrica.” (MITJAVILA, 2009, p.03).

Percebe-se, na atualidade, além da ampliação do campo de objetos que integram o domínio da psiquiatria, certa imutabilidade dos procedimentos técnicos utilizados pelos profissionais. O instrumento que registra provavelmente um maior grau de permanência e imutabilidade é o interrogatório psiquiátrico com finalidade pericial.. Outra característica da medicina psiquiátrica que também parece ter perdurado por longo tempo é o caráter dicotômico ou binário dos laudos periciais, isto é, determinar um estado apenas entre duas condições possíveis (normal/louco; imputável/inimputável), o que, como anteriormente apontado, respondem a uma imposição da justiça criminal, mas também configuram um traço constitutivo do saber psiquiátrico desde suas origens. (MITJAVILA, 2009).

Mais recentemente, apareceram na psiquiatria forense tentativas de atualização das formas de avaliar a insanidade mental e a periculosidade criminal, por meio de instrumentos padronizados que, ao menos teoricamente, vem sendo construídos nos moldes da medicina baseada em evidências (MITJAVILA, 2009). No entanto, a dificuldade para conceituar a idéia de periculosidade criminal permanece como um desafio.

Nesse sentido, recentemente, um psiquiatra brasileiro manifestava-se sobre a função da psiquiatria nas avaliações de periculosidade criminal:

O tema da periculosidade, jamais foi discutido seriamente pelos psiquiatras. Periculosidade é uma questão social e jurídica, porém absolutamente fora do campo psicopatológico. O que o psiquiatra pode



dizer sobre o examinando restringe-se à sua saúde mental. Existem pessoas perigosíssimas sem nenhum problema psiquiátrico, e vice-versa.<sup>4</sup>

Existem, por outra parte, posições que questionam o grau e alcance das relações entre periculosidade criminal e doença mental, a partir de diversas pesquisas que não conseguiram constatar que os doentes mentais cometam mais crimes que as pessoas que a população geral (MITJAVILA, 2009). No entanto, isso não tem sido um impedimento para que na maior parte dos manuais de psiquiatria e de psiquiatria forense se estabeleça uma sorte de identidade entre determinadas categorias nosológicas e a predisposição ao comportamento criminal:

Dentro das psicoses, as paranóides, como as esquizofrenias paranóides, são normalmente mais violentas do que qualquer outra categoria (...). As probabilidades de esquizofrênicos paranóides cometerem crimes graves é maior, graças à sua habilidade de planejamento e concretização. (CORDEIRO, 2003, p. 128 apud MITJAVILA, 2010, p. 22).

Não faltam, ainda, afirmações acerca da existência de uma identidade perfeita entre a anomalia mental e a periculosidade. Teitelbaum (2003, p. 911 apud MITJAVILA, 2010, p. 22), por exemplo, define a periculosidade como permanente ou transitória, e assim ela pode ser permanente, “(...) como nos casos de retardo mental, em alguns transtornos de personalidade e transtornos delirantes crônicos, entre outros quadros de permanência também duradoura.”

A diferenciação entre o diagnóstico descritivo – conjunto de circunstâncias psíquicas, biológicas e sociais em que a doença e a periculosidade se relacionam – e o diagnóstico nosológico – como é designada a doença ou o transtorno do indivíduo - continua sendo uma questão importante, tanto que para alguns autores, é o diagnóstico nosológico que

tem uma importância relativa e, a não ser em casos de indivíduos com personalidade anti-social, de perversos como pedofílicos, de oligofrênicos eréticos e alguns psicóticos, por exemplo, o peso do diagnóstico descritivo tem maior relevância. O diagnóstico psiquiátrico por si só não é indicativo de periculosidade, mas quando esta existe o diagnóstico descritivo pode ser importante na avaliação do tipo de

---

<sup>4</sup> Cláudio Lyra Bastos. **Opinião. Coluna da Lista Brasileira de Psiquiatria Psychiatry On-line Brazil**12 (10), 2007. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano07/lbp1007.php>

periculosidade (...). (TEITELBAUM, 2003, p. 910 apud MITJAVILA, 2010, p. 22).

Mas o que aparece como relevante nessa citação é que a psiquiatria moderna trabalha não apenas com doenças como também com o que classifica como *anomalias* e *transtornos mentais*. Isso na realidade é reflexo da substituição da noção de loucura pela de ‘transtorno mental’, e será esta a que passará a ser o principal fundamento da medicalização do crime e da periculosidade criminal.

#### **4.1. A noção de transtorno mental e a ampliação do campo de objetos da psiquiatria forense**

A noção de transtorno mental como categoria nosológica torna-se pela primeira vez onipresente na psiquiatria por ocasião da formulação da Classificação Internacional de Doenças, CID- 10. (OMS, 1993). Nesse contexto, define-se como transtorno “a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.”

Na área psiquiátrica, produz-se um considerável número de novas categorias para definir como transtornos mentais um conjunto de síndromes, signos, sintomas e doenças que passam a ser recodificados em função de esse novo termo. Porém, são os chamados “transtornos de personalidade” os que aparecem nessa classificação como sendo os mais estreitamente associados ao crime e à periculosidade criminal.

Embora a criação dessas novas categorias nosológicas possua caráter oficial e alcance internacional, diversos autores questionam sua permanência no interior do campo de objetos da psiquiatria, principalmente no caso do transtorno da personalidade anti-social:

As divergências ocorrem nos mais diversos planos, e há quem considere essa entidade nosológica como o lado mais contencioso da psiquiatria moderna. Existem ainda aqueles que defendem a extinção dessa categoria diagnóstica, em virtude do julgamento moral e pejorativo que ela desperta, sobrepunhando, por vezes, a investigação científica que deve ser a ela dada com o mesmo grau de seriedade que é dispensado a qualquer outro diagnóstico clínico. (ABDALLA-FILHO, 2004c, p.281 apud MITJAVILA, 2010, p. 23).

Os transtornos de personalidade não são categorizados como doenças propriamente ditas. São na realidade, segundo Morana, Stone e Abdalla-Filho (2006, p.1)

anomalias do desenvolvimento psíquico, sendo considerados, em psiquiatria forense, como perturbação da saúde mental. Esses transtornos envolvem a desarmonia da afetividade e da excitabilidade com integração deficitária dos impulsos, das atitudes e das condutas, manifestando-se no relacionamento interpessoal.

O CID-10 apresenta oito categorias de transtornos de personalidade (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2006):

1. Transtorno paranóide: caracterizado pela desconfiança, sensibilidade excessiva a contrariedades, além do sentimento de ser prejudicado por outros.
2. Transtorno esquizóide: o desapego é predominante, há desinteresse por contato social, tende à introspecção.
3. Transtorno anti-social: há indiferença por sentimentos alheios, ainda com possibilidade de ter comportamento cruel; percebe-se um desprezo tanto pelas normas como pelas obrigações; há baixa tolerância para lidar com frustração e baixo limiar quanto a atos violentos.
4. Transtorno emocionalmente instável: caracteriza-se pelas manifestações imprevisíveis e impulsivas. Têm dois subtipos, quais sejam o impulsivo e o *borderline*. O primeiro refere-se à instabilidade emocional como à incapacidade de controlar os impulsos. O segundo também é marcado pela instabilidade emocional, mas também apresenta perturbações de auto-imagem, tem dificuldade para delimitar suas preferências pessoais, e tem sentimento de vazio.
5. Transtorno histriônico: marcado pelo egocentrismo e a tolerância baixa para lidar com frustrações, assim como pela teatralidade e pela superficialidade. Há a necessidade por atenção dos outros.
6. Transtorno anancástico: preocupação com detalhes, teimosia e rigidez. Os pensamentos são repetitivos e intrusivos, mas não são tão graves quanto no transtorno obsessivo-compulsivo.
7. Transtorno ansioso (ou esquivo): sensibilidade à críticas; sentimentos constantes de apreensão e tensão, retraimento social.

8. Transtorno dependente: falta de iniciativa e determinação, instabilidade de propósitos.

Não são poucos os psiquiatras que consideram que os transtornos de personalidade, não deveriam ser objeto de atendimento especializado, na medida em que se trata de patologias permanentes e refratárias a tratamento. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2006)

Porém, nas referências da literatura especializada sobre a prática psiquiátrica no âmbito forense lhe conferem aos transtornos de personalidade um estatuto privilegiado:

Dentro do contexto forense, os TP revestem-se de uma importância enorme, uma vez que seus portadores não raramente se envolvem em condutas criminosas e, conseqüentemente, em processos judiciais, especialmente aqueles que apresentam características do tipo anti-social. (ABDALLA-FILHO, 2004c, p.281 apud MITJAVILA, 2010, 23).

Porém, é especificamente o *transtorno de personalidade anti-social* (TPAS) que interessa à psiquiatria forense (MITJAVILA, 2010, p.24). Serafim (2003, p.56) coincide com essa percepção de que o TPAS seria um dos principais transtornos responsáveis pelo comportamento criminoso, traçando ainda o perfil dessa entidade nosológica:

Os aspectos psicológicos destes indivíduos são caracterizados pelo desprezo às obrigações sociais e por uma falta de consideração com os sentimentos dos outros. Exibem um egocentrismo patológico, emoções superficiais, falta de autopercepção, pobre controle da impulsividade (incluindo baixa tolerância para frustração e limiar baixo para descarga de agressão), irresponsabilidade, falta de empatia com outros seres humanos, ausência de remorso, ansiedade e sentimento de culpa em relação ao seu comportamento anti-social (...) e sua anormalidade consiste especificamente em anomalias do temperamento e do caráter, determinando uma conduta anormal configurando uma menor valia social.

#### **4.2. O papel do diagnóstico de Transtorno da Personalidade Anti-Social na medicalização da pobreza e de “desvios” comportamentais.**

Principalmente a partir da segunda metade do século XX, a psiquiatria instituiu a ideia de que o TPAS constitui uma das principais características da conduta anormal associada à criminalidade violenta. Em uma pesquisa de Rigonatti (1999), por exemplo,

observou-se que a prevalência do transtorno de personalidade anti-social era alta, estando presente em 96% dos homicidas e 84% dos estupradores. (MITJAVILA, 2010).

#### O TPAS tem sido caracterizado

por uma incapacidade de ajustar-se a normas sociais, um padrão invasivo de violação dos direitos de outras pessoas, envolvendo-se, com frequência, em atos criminosos, brigas, comportamentos agressivos, uso de drogas ilícitas, dentre outros. A impulsividade é freqüentemente observada nesses indivíduos e pode ser definida, basicamente, como uma predisposição para reações rápidas e não planejadas a estímulos externos ou internos, sem que sejam avaliadas as possíveis conseqüências de tais comportamentos. A impulsividade é associada com disfunção do sistema serotoninérgico e do córtex pré-frontal e suas conexões, alterações já observados no TPAS por meio de exames de neuroimagem, genéticos e neuropsicológicos. (ROCHA, 2009, p. 01).

A partir da essa definição, sendo considerada não doença, mas sim transtorno, assegura para o TPAS sua permanência como objeto da psiquiatria. Assim, constitui-se como ponto central dos processos de medicalização do crime. Por exemplo, considerando os resultados da pesquisa de Rigonatti, é possível concluir que praticamente todos os casos de homicídios e de estupros seriam classificados como problemas psiquiátricos, em virtude do transtorno mental ter sido o motor de sua ocorrência. (MITJAVILA, 2010).

Porém, a relação entre as variáveis comportamentais, incluindo os atos criminosos e a impulsividade ainda é pouco estudada e pesquisada na psiquiatria. (ROCHA, 2009). De fato, todos os indivíduos portadores de transtorno de personalidade podem ser vistos pelos leigos como pessoas problemáticas e de difícil relacionamento interpessoal. As atitudes podem ser turbulentas e baseadas num imediatismo de satisfação. Mas os transtornos de personalidade têm relevância para a área forense porque muitos de seus portadores costumam se envolver em atos criminosos, especialmente os que apresentam a modalidade anti-social. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2010).

Esse tipo de transtorno específico de personalidade é marcado por uma insensibilidade aos sentimentos alheios. Quando o grau dessa insensibilidade se apresenta elevado, levando o indivíduo a uma acentuada indiferença afetiva, ele pode adotar um comportamento criminal recorrente e o quadro clínico de TP assume o feitiço de psicopatia. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2010, p.2).

Um aspecto controverso do diagnóstico de TPAS refere-se à forma de realizar a anamnese e a entrevista psiquiátrica, principalmente no que concerne à opção entre duas

estratégias bastante opostas: a abordagem clínica tradicional, baseada em entrevistas livres e, no extremo oposto, a aplicação de testes padronizados. Em um exame pericial, o periciado é observado desde o momento em que ingressa na sala de perícias, prestando especial atenção aos aspectos que possam revelar a ausência de empatia com o perito e outros signos, inclusive aqueles que possam indicar que se está diante de uma personalidade psicopática. Os psicopatas, por sua vez, costumam ser descritos como pessoas deficientes de empatia - habilidade de colocar-se na posição de outro. Sobre os psicopatas e as características da psicopatia, o que é observado pelo psiquiatra perito é se são capazes de verdadeira empatia, isso porque os psicopatas até entendem o que os outros sentem, mas só intelectualmente. As entrevistas com membros do núcleo familiar é uma estratégia de utilização mais recente para fins periciais, e obedece à expectativa dos familiares proporcionar informações relevantes da história de vida do periciado. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2010).

Do ponto de vista da abordagem jurídico-terapêutica, as polêmicas também se fazem presentes com relação aos diagnosticados como portadores de TPAS:

A medida de segurança para realizar especial tratamento curativo é, por sua vez, bastante polêmica, devido à grande dificuldade de se tratar de forma eficaz os portadores de transtorno anti-social. Outro ponto merecedor de questionamento é a aplicação de um regime de tratamento hospitalar ou ambulatorial na dependência do tipo de punição previsto para o crime praticado, ao invés de depender do quadro médico-psiquiátrico apresentado. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2010, p.5).

Desde Pinel, o que hoje se denomina TPAS tem concitado o interesse teórico e prático da psiquiatria forense. Porém, nas últimas décadas, observa-se um considerável incremento de estudos sobre o tema. Em uma considerável proporção desses trabalhos, é possível notar a renovação do interesse pela busca de causas deste tipo de transtorno, por meio de estratégias interpretativas que respondem ao padrão do que, no capítulo anterior, foi definido como modelo etiológico endógeno: a maior parte dos estudos procura identificar causas fisiológicas, cognitivas, e até bases genéticas do TPAS

.Basicamente, os indivíduos diagnosticados como portadores de TPAS costumam desafiar os padrões de comportamento aceitos na sociedade, o que os converte, também aos olhos da psiquiatria, em “anormais”. E entre os aspectos que mais preocupam ao pensamento médico e jurídico, se encontra a problemática da reincidência criminal:

Os pacientes que revelam comportamento psicopático e cometem homicídios seriados necessitam de atenção especial, devido à elevada probabilidade de reincidência criminal, sendo ainda necessário sensibilizar os órgãos governamentais a construir estabelecimentos apropriados para a custódia destes sujeitos. (MORANA, STONE, ABDALLA-FILHO, 2010, p.7).

É exatamente esse caráter “incurável” dos portadores de TPAS, de forma geral, e dos reincidentes em particular, que gera a impressão de que a única alternativa para estes indivíduos, devido ao alto grau de periculosidade criminal, seria a segregação. (MITJAVILA, 2010).

### 4.3. Avaliação de risco em torno da periculosidade criminal

Quando o juiz solicita ao perito psiquiatra o parecer sobre a periculosidade de um criminoso, o objetivo é saber se *sim*, ele é perigoso, ou se *não*, ele não apresenta traços de periculosidade. É assim que o laudo de cessação de periculosidade passa a ser prova pericial e é levada para ser apreciada pelo magistrado, podendo este concordar ou não. Esse é um momento fundamental do processo mais amplo que Mitjavila (2002) designa como “arbitragem social”. Esta pode ser definida como um tipo de prática institucional que se apóia na utilização de mecanismos de categorização social dos indivíduos, geralmente com o auxílio de conhecimento científico e técnico, tendo por finalidade instituir posições ou condições sociais (vinculadas ao acesso a bens, a serviços, ao desempenho de papéis e ao exercício de direitos) que afetam de maneira decisiva as trajetórias sociais individuais e familiares.

As diversas formas de arbitragem implicam tomar decisões, que com frequência se apresentam como alternativas dicotômicas em múltiplas circunstâncias. Permitem assim decidir assuntos muito diferentes entre eles como, por exemplo, outorgar ou não outorgar um crédito no sistema financeiro; encaminhar ou não encaminhar uma criança para adoção; **determinar se uma pessoa pode ou não ser julgada por um crime ou delito (...)**. (grifo nosso). (MITJAVILA, 2002, p.130)

Nessa perspectiva, a arbitragem não se constitui como uma ocupação ou profissão, mas sim como um tipo de função que diversos agentes institucionais desenvolvem em

determinadas áreas e com objetivos muito precisos (DOUGLAS, 1996; FARIA, 2001; MITJAVILA, 2002). Devido a isso, a questão da arbitragem social apresenta uma perspectiva relevante para estudar o funcionamento das instituições e o papel das profissões na contemporaneidade, principalmente do ponto de vista das funções conhecimento científico-técnico nos processos de produção e reprodução da vida social. (FOUCAULT, 1987; FREIDSON, 1988; ELIAS, 1994; GIDDENS, 1995; MITJAVILA, 2002).

No campo da avaliação de periculosidade criminal, Mitjavila (2010, p.34) formula as seguintes perguntas:

quais são as estratégias discursivas e, em particular, argumentativas utilizadas pelos peritos psiquiatras diante do desafio de responder se um determinado individuo continua a ser ou não perigoso? E ainda, de que forma se estruturam os olhares da psiquiatria em torno da avaliação da periculosidade criminal?

A partir desses interrogantes, é preciso retomar aqui dois aspectos do saber psiquiátrico identificados por Foucault e comentados em capítulos anteriores: o caráter dicotômico ou binário dos laudos periciais e a ausência do corpo no objeto da pericia. (MITJAVILA, 2010).

Quanto ao primeiro ponto, cabe ressaltar que os laudos psiquiátricos experimentam um forte engessamento que é fruto de exigências legais: ao perito, invariavelmente, lhe é solicitado julgar a existência/ausência de periculosidade sem a menor possibilidade de fugir desse esquema dicotômico. Na literatura sobre o tema, é possível observar o desconforto intelectual que tal exigência acarreta, na medida em que não há a menor possibilidade de o juiz aceitar laudos que estabeleçam níveis ou graus de periculosidade.

(...) a avaliação de risco pesquisa se o grau de risco de violência de um individuo é pequeno, médio ou grande. Trata-se de uma abordagem mais fiel às reais possibilidades de alcance de um exame psiquiátrico, muito embora o perito ainda tenha que fornecer uma resposta do tipo sim ou não no EVCP. (ABDALLA-FILHO, 2004b, p. 163)

Quanto à ausência do corpo, percebe-se que, apesar do impulso que vêm ganhando as interpretações etiológicas da periculosidade criminal baseadas em fatores biológicos (principalmente com as contribuições das neurociências e a medicina molecular), a estrutura básica do material avaliado ainda é praticamente baseada em comportamentos,



atitudes, valores, idéias e referencias morais dos indivíduos submetidos a avaliações de insanidade e periculosidade. (MITJAVILA, 2010).

Essa ausência do corpo como alvo do olhar psiquiátrico, aspecto da psiquiatria que Foucault qualifica como sendo uma verdadeira marca desde suas origens, parece ainda hoje constituir um elemento fortemente estruturante do modelo epistemológico que sustenta esta classe de saber.<sup>5</sup> (MITJAVILA, 2010, p.35).

Diante desses dois pontos, o interrogatório mantém-se como instrumento que garante a prova pericial que sustenta a psiquiatria forense para demonstrar a existência de condições tais como a insanidade mental ou a periculosidade criminal de um indivíduo em suas avaliações. É através desse interrogatório que a psiquiatria forense observa a clínica das falas, dos gestos, das confissões, das lembranças, dos silêncios, das atitudes, das negações para determinar a presença ou ausência de insanidade e/ou periculosidade. Dada à ausência de conteúdo material, é o conteúdo moral que está presente nessas avaliações, legitimado pelo próprio poder disciplinar com função de instituir para a medicina psiquiátrica a autoridade e o monopólio do saber sobre a loucura e a periculosidade. (MITJAVILA, 2010).

Por outra parte, a recente introdução do termo risco na literatura da área estaria exprimindo a busca por estratégias que permitam contornar as dificuldades acima apontadas. Nesse sentido, Mitjavila (2010, p.46) observa que a

introdução da linguagem do risco pode ser constatada de maneira mais clara em manuais e outras publicações da área da psiquiatria forense lançados a partir do final da década de 1990. Começou, assim, a ganhar espaço a idéia de risco como superação na noção de periculosidade, em função, principalmente, da possibilidade de prognosticar periculosidade, já não apenas a partir da avaliação dos traços observados como constantes no comportamento do indivíduo, e sim a partir da inclusão de um amplo (e poderíamos dizer indefinido) leque de fatores ambientais, situacionais e sociais (WEBSTER E COLABORADORES, 1997; THOMSON, 1999; ABDALLA-FILHO, 2004b).

Isso pode ser melhor observado com a introdução de instrumentos padronizados de predição de periculosidade criminal. Até o momento foi possível identificar na literatura da área a existência de vários sistemas e instrumentos de avaliação psiquiátrica de risco ou periculosidade criminal, entre os quais cabe mencionar os seguintes:

HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management)

---

<sup>5</sup> Para alguns autores como Caponi (2009), essa ausência do corpo responderia ao estatuto residual que adquiririam os corpos dos doentes mentais confinados, no sentido de expressar uma existência que pertenceria ao mundo das “exceções”, ao mundo dos corpos que se inscrevem no estatuto da “vida nua” de acordo com a formulação de Agamben (2002).

PCL-R (Psychopathy Checklist Revised)

LOUDET (que contém indicadores de maior e de menor periculosidade)

BURGES (que contém 22 itens)

PRUNES (que estabelece quatro categorias de fatores de periculosidade)

SCHIEDT (que contém 15 fatores).

Contudo, constituirá de uma futura pesquisa realizar um mapeamento desse tipo de instrumentos utilizados para a avaliação de periculosidade criminal bem como das formas pelas quais estão se incluindo esses instrumentos na realidade brasileira. Pretende-se, em futuras pesquisas, identificar a que tipos de racionalidade respondem essas escalas e quais os modelos interpretativos sobre periculosidade criminal que eles transportam. Outro aspecto a ser analisado é a relação desse processo de formalização dos instrumentos de avaliação psiquiátrica com transformações mais amplas das tecnologias biopolíticas que caracterizam o que alguns autores definem em termos de uma “nova penologia” (KEMSHALL, 2006) que estaria estruturando também novas configurações de saber e de poder em torno da criminalidade nas sociedades contemporâneas.

#### **4.4. Tendências e desafios para as profissões do campo social**

Conforme anteriormente examinado, a psiquiatria, como campo de conhecimento e como profissão ocupa um papel privilegiado nos processos de arbitragem da criminalidade associada à doença mental. A situação de prestígio, poder e privilégio que caracteriza o saber médico em praticamente todos os campos em que atua não se consolida de maneira solitária. Muito pelo contrário, geralmente essa situação se edifica no contexto – e também a expensas – de processos coletivos de trabalho que envolvem a participação de outras profissões e ocupações dos campos social e da saúde.

No âmbito das instituições onde são realizadas as perícias psiquiátricas – mormente os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico – os psiquiatras exercem funções de coordenação de equipes técnicas que contam com outros profissionais que participam nos processos de arbitragem da criminalidade, fundamentalmente psicólogos e assistentes sociais.

“A perícia social no judiciário tem a finalidade de conhecer, analisar e emitir parecer sobre situações vistas como conflituosas ou problemáticas no âmbito dos litígios legais visando assessorar os juízes em suas decisões.” (MIOTO, 2001, p. 146), mas, o que é

solicitado ao profissional assistente social não é o conhecimento jurídico, ou a interpretação da lei, mas o conhecimento específico do Serviço Social, de forma que sua apresentação, por meio do estudo social, contribua para a justa aplicação da lei. [...] Quando o assistente social é solicitado a oferecer um laudo, um parecer social, cabe a ele, portanto, definir os meios necessários para construí-los [...]. (FÁVERO, 2006, p. 41-42).

Algumas pesquisas recentes sobre o serviço social sugerem a existência de uma demanda crescente de perícias sociais no Poder Judiciário no Brasil (ARAÚJO, 2000 apud MITJAVILA, 2006). Apesar destes dados, Mitjavila (2002; 2006) ressalta que mesmo que todos os peritos provenham de campos profissionais, a existência de profissões não explica por si mesma o desenvolvimento das práticas periciais.

A rigor, a prática pericial constituiria um desdobramento do exercício profissional, (ou, em outras palavras, deve ser executada por representantes de uma profissão), porém não todas as profissões estariam em condições de exercê-la, porque a sociedade não requer do juízo profissional nessas áreas ou porque a profissão carece dos meios intelectuais ou técnicos para assumir essa função. (MITJAVILA, 2006, p. 39).

De fato, a atuação dos assistentes sociais como peritos ainda não se encontra bem estabelecida e não tem o mesmo destaque e campo garantido a outras profissões, a exemplo da psiquiatria na área criminal. (MITJAVILA; MATHES, 2007)

Como já foi apresentado, o Serviço Social tem definida a realização, dentre outras atividades, de perícias técnicas e laudos periciais sobre "a matéria do Serviço Social" em legislação específica, o que se trata de uma consagração jurídica para a profissão no processo de conquista de espaço profissional (ainda que indefinido, como anteriormente apresentado). Mas, o que se entende por "matéria do Serviço Social" permanece altamente difuso, fazendo com que (em muitos casos) o que se considera atribuição privativa do assistente social represente um segmento de competências menor do que aquele definido pelo próprio corpo profissional do serviço social aos olhos dos operadores que tomam decisões no poder judiciário. (MITJAVILA, 2006).

Quanto à autonomia, Miotto (2001) e Mitjavila (2006) concordam que a realização de perícias exige um elevado grau de autonomia profissional pelo fato de que o perito deve evitar qualquer interferência que possa constrangê-lo, subordinar sua apreciação de fatos

ou situações que possam comprometer sua independência intelectual e/ou profissional. Esta questão relaciona-se à autonomia hierárquica, pois se refere à independência do corpo profissional e dos próprios profissionais na condução dos aspectos político-administrativos do exercício profissional.

A inscrição exclusivamente assalariada e estatal do exercício profissional do Serviço Social no campo judiciário, e o fato do exercício liberal ter sido sempre uma exceção, traça um perfil do Serviço Social como profissão com crescente autonomia técnica, porém com escassa autonomia hierárquica. [...] Além de constituir um fator que introduz desigualdades sociais com relação a todas as demais categorias de peritos, a falta de autonomia hierárquica pode comprometer a independência e, ainda, a lisura técnica e processual do próprio laudo pericial. (MITJAVILA, 2006, p. 40).

Já quanto ao Serviço Social, de acordo com o que já vem sendo apresentado no trabalho, pode-se induzir que esta autonomia não vem sendo garantida. Na área da previdência, a atuação como perito mais parece reforçar um caráter “inspeccional”, com o intuito de constatar fatos, verificar e reafirmar ao juiz o que já se sabe. No âmbito do judiciário, pode-se observar que o processo de arbitragem social se realiza majoritariamente através da emissão de estudos sociais, e não de laudos periciais.

Frente a essa divisão, a atuação arbitral de tipo inspeccional, aqui compreendida pela emissão de estudos sociais, pode sugerir a existência de baixos níveis autonomia profissional, afetando a participação da profissão nos processos de arbitragem social de algumas profissões. Outra questão quanto a essa baixa autonomia se refere ao risco dos laudos periciais se converterem em peças judiciais a serviço dos interesses e das orientações ideológicas daqueles agentes institucionais que ocupam uma posição dominante neste campo institucional. Porém, é necessário perceber que os laudos são

pronunciamentos submetidos a um conjunto de regras autonomamente formuladas pela profissão e universalmente aplicadas a todos os que exercem o papel de peritos nesse campo ocupacional. (MITJAVILA, 2006, p. 60).

A julgar por esta análise realizada por Mitjavila, as profissões do social encontram-se ainda bastante distantes desse perfil. Para tanto, é preciso destacar algumas questões quanto ao campo social. A primeira questão a ser levantada se refere especificamente ao campo social, abrindo espaço para a seguinte indagação: O social atualmente é e até que ponto pode ser objeto de perícia? Evidentemente não se pretende esgotar essa pergunta aqui, mas indicativos fazem crer que sim. De fato, o campo social parece ser objeto de

perícia, pois é possível encontrar diversas profissões que atuam nesse espaço realizando perícias, das quais se pode citar a psicologia, a pedagogia, a antropologia, e o próprio Serviço Social. Para o Serviço Social no Brasil isto se dá a partir da primeira metade do século XX (FÁVERO, 2006); já a Antropologia passou a periciar sobre as questões dos povos indígenas apenas por volta de 1990; anteriormente essa função era realizada pelos engenheiros agrônomos (SILVA; LUZ; HELM, 1994).

Esta pergunta indica outro questionamento, também sobre o campo social. Seria o social técnica/eticamente periciável? Ainda que não se possa afirmar que não, tampouco é possível afirmar até que ponto o social é técnica/eticamente periciável, visto que há a presença de vários atributos do campo social que não dão resistente suporte para a perícia, quais sejam a forte dosagem de material simbólico, moral, subjetivo, irrepetível e historicamente variável.

Com referência às profissões, cabe perguntar se existiria alguma profissão que detêm o monopólio do campo social? Diferentemente do que acontece em outras áreas, como o que acontece na área da saúde, onde os médicos historicamente detiveram o monopólio do campo (FREIDSON, 1978), na área do social diversas profissões são chamadas a participar da função de periciar. Não existem registros suficientes que confirmem o monopólio de alguma delas, e, na verdade, o fato de engenheiros agrônomos exercerem até pouco tempo o que passou a se chamar *perícia antropológica* demonstra que sequer as profissões da área social são exclusivas nesse espaço. Na realidade, as áreas de conhecimento e de atuação profissional que se inscrevem nesse difuso terreno do *social* “não seriam tão facilmente chamadas para emitir laudos periciais devido a seu questionável caráter científico sobre um conjunto de quesitos para os quais, provavelmente, o juiz não hesite em confiar na sua própria percepção e opiniões” (MITJAVILA, 2006, p. 58-59), o que não ocorreria com outras, como já visto com a psiquiatria forense.

Gaglietti (2006) observa que se evidencia nos tempos atuais uma ascensão do *social* e que possivelmente esse fato esteja encaminhando redimensionamentos da relação entre saber/poder.

Se, por um lado, a relação – subjetiva e institucional – existente entre os profissionais de saberes diferentes que atuam na 'área social' é dada mediante a luta pela classificação do 'social', por outro, entre os profissionais de idêntica formação acadêmica ocorre a constituição de um 'campo' de atuação que, de alguma forma, funciona a partir de determinadas regras. (p. 44)

Quanto ao papel do perito, Mitjavila (2004) traz duas dimensões que seriam fundamentais da construção social do papel de perito:

- (i) A confiança institucionalmente depositada no saber técnico sobre o social;
- (ii) A institucionalização ainda precária ou relativa das funções periciais do assistente social.

Sobre a confiança institucional no saber científico-técnico referente à realidade social, o que se observa na pesquisa realizada com assistentes sociais de Varas de Família, é que os

discursos e as práticas dos juizes no contexto pesquisado indicam a existência de um certo padrão na valorização e usos que os magistrados da área de família fazem do conhecimento técnico envolvido no exercício profissional do serviço social, em dois sentidos: (a) preferência por estudos sociais em detrimento de laudos periciais de assistentes sociais; (b) utilização do estudo social como fonte de constatação de fatos, antes que como parecer tecnicamente especializado. Isto último se manifesta na ausência de requerimentos que venham a exigir do assistente social abordagens propriamente analíticas que envolvam análise de riscos ou determinação de estados ou causas dos problemas submetidos a decisão judicial. (MITJAVILA, 2004, p. 8).

Esta é uma questão relevante, pois o campo judiciário representa um espaço verdadeiramente central do campo social, devido a sua importante participação nos processos de regulação das relações entre indivíduo-sociedade.

Sobre a institucionalização relativa das funções periciais do assistente social, a partir da análise dos dados da pesquisa nas Varas, Mitjavila (2004, p. 9) sugere que o baixo volume de requerimentos de perícia social em relação a pareceres sociais estaria associado ao baixo grau de institucionalização do papel do assistente social na área de família do poder judiciário.

Em termos hipotéticos, poder-se-ia afirmar que a medida em que uma profissão gera peritos depende, em parte, do grau de institucionalização alcançado por essa profissão. A institucionalização de uma profissão como o Serviço Social depende da confiança de seus clientes/usuários, confiança e legitimidade que geralmente são obtidas mediante a solução prática dos problemas que os afligem. (MITJAVILA, 2004, p. 9).

Todavia, tal qual outras profissões, o Serviço Social depende também de atributos que a diferencia de uma simples ocupação, como a autonomia profissional, o *status*, os privilégios e o monopólio do conhecimento sobre o objeto de trabalho para sua institucionalização plena. Como já visto, percebe-se que alguns desses atributos, no caso do Serviço Social, encontram-se ainda pouco desenvolvidos, sugerindo, assim, um processo incompleto de institucionalização da profissão. Segundo Baptista (1995),

situações comuns, relações e fatos, com sua história e seu sistema de tipificações e relevâncias, comum a cada um dos membros que compõem a categoria profissional e àqueles que se relacionam com eles, e o significado subjetivo contém um conjunto de receitas, costumes, normas, conhecimentos etc, mais ou menos institucionalizados.

Esse sistema de tipificações e relevâncias compartilhado vai definindo os papéis sociais, as posições e o status de cada um (BERGER & LUCKMANN, 1978: 82) e institucionalizando a profissão nessa relação. Essa institucionalização – quem faz o quê, por quê, onde, como – é algo que vai se construindo a partir dos desafios postos pela sociedade e das respostas específicas construídas por este grupo para seu enfrentamento. Nesse processo, se constrói uma identidade e uma representação sobre algo que se legitima e se legaliza e assume um nome no contexto das profissões. (BAPTISTA, 1995, p. 116-117).

Juntamente com esses fatores, pode também ser considerada a inserção dos profissionais em condições de trabalho assalariado e de sujeição a controles heterônomos, o que comprometeria a autonomia que exige o desempenho de funções forenses. Tal situação se complexifica ao considerarmos que, de todos os peritos que atuam como auxiliares da justiça, os assistentes sociais seriam os únicos peritos que, no poder judiciário, não recebem remuneração específica por seu trabalho. A elaboração de perícias para estes é apenas mais uma no conjunto de outras atividades que eles desempenham como integrantes assalariados dos quadros profissionais da instituição. Quanto a esta dupla condição de funcionário e perito, pode-se pensar em alternativas para superá-lo: “promover o regime de exercício liberal da função de perito, tal como funciona atualmente para as demais categorias profissionais, ou desenvolver a atividade forense como parte do desempenho normal do cargo de assistente social judiciário.” (MITJAVILA, 2004, p. 9). Contudo, este é um aspecto não solucionado dentro da categoria profissional e que mereceria espaço para discussão entre os profissionais de Serviço Social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta dissertação, pretendeu-se descrever e analisar o papel da psiquiatria forense nos processos de medicalização do crime e de criminalização da loucura, especificamente na função pericial da área criminal.

A análise efetuada permitiu reconhecer a natureza sócio-histórica do papel da medicina nessa área, principalmente do ponto de vista de sua inserção em processos mais amplos de medicalização do espaço social. Neste sentido, foi possível observar que o higienismo novecentista, responsável pela reorganização do espaço social urbano do período, criou igualmente condições de possibilidade para a produção de saber e para a criação dos principais dispositivos de gestão da criminalidade associada à loucura. Desta forma, pode-se confirmar que a medicalização do crime assume um caráter político e a psiquiatria se apresenta, como afirma T. Szasz (1980), como uma disciplina essencialmente política ou, como prefere Jurandir Costa Freire (1976), essencialmente ideológica em sua orientação e saberes.

Embora não se disponha ainda de uma historiografia da psiquiatria forense como especialidade da psiquiatria, a compreensão de suas origens e posteriores desenvolvimentos se vê facilitada pelo fato da própria psiquiatria ter nascido no Brasil, em grande medida, como psiquiatria forense. De forma análoga ao acontecido em outros contextos, a psiquiatria brasileira conseguiu precocemente inserir-se como saber experto no poderoso e densamente institucionalizado mundo das leis. Conforme examinado no primeiro capítulo, a ampliação dos domínios da medicina ocorreu por meio de estratégias diversificadas, sendo uma delas a que Crawford caracteriza como a transferência para o campo de competências da medicina de objetos que anteriormente se encontravam sob a jurisdição de outras instituições. No que tange à problemática do crime, resulta evidente que a psiquiatria forense substituiu – embora de maneira parcial e hierarquicamente subordinada - à instituição judiciária e seus principais agentes nas funções de determinar a (in) imputabilidade penal e a periculosidade criminal de doentes mentais, atributos que até certo momento permaneciam exclusivamente sob o controle do poder judiciário.

A análise das formas de inserção da psiquiatria forense no campo judiciário permitiu observar a relevância do papel dos seus profissionais como árbitros da



criminalidade. De maneira bastante consensual, as pesquisas em torno do tema confirmam a importância que os laudos psiquiátricos assumem para as decisões judiciais em matéria penal, uma vez que a maior parte dos magistrados tende a aceitar como válidos os resultados das avaliações realizadas pelos peritos e a emitir suas sentenças de conformidade com eles. Trata-se de um indicador bastante específico da confiança que o poder judiciário deposita na profissão médica, confirmando assim, uma aliança de longa data entre ambos os universos.

Ao mesmo tempo, foi possível constatar que o caráter tenso, conflituoso das relações entre magistrados e médicos, registrado nas pesquisas sócio-históricas sobre os primeiros alienistas, se mantém, ainda, no início do século XXI. Um dos principais focos de conflito gera-se, atualmente, em torno da avaliação de periculosidade criminal. Os embates entre juristas e psiquiatras e, ainda, entre os próprios médicos psiquiatras acerca da consideração da periculosidade criminal como objeto legítimo da psiquiatria perduram, se alastram por diferentes espaços e refletem as lutas corporativas pelo controle desse campo social. Um exemplo desse tipo de processo pode ser observado na restrição do campo de objetos da psiquiatria forense, imposta pelas alterações na Lei de Execuções Penais introduzidas em 2003. A partir dessa nova legislação, os psiquiatras foram obrigados a retirar de sua jurisdição técnica a realização de laudos que anteriormente eram utilizados para arbitrar o livramento condicional e a administração das penas na população presidiária geral, sem problemas de saúde mental.

Porém, da mesma forma que alguns processos sociais levaram à desmedicalização do crime, outros permitem remedicalizá-lo, ou medicalizar novos aspectos do mesmo. De acordo com a discussão desenvolvida no contexto da presente pesquisa, a introdução do conceito de transtorno mental, oficializada por ocasião da formulação da CID-10, acabou contribuindo de maneira significativa para a reconquista de objetos de conhecimento e de intervenção profissionais da psiquiatria forense. Essa nova classificação nosológica permitiu, entre outras coisas, garantir a permanência do diagnóstico de personalidade anti-social como objeto legítimo da psiquiatria, bem como sua utilização, para fins forenses, na avaliação de periculosidade criminal.

Esse caráter dinâmico dos processos de medicalização do crime associado à loucura, também se verifica na evolução dos modelos etiológicos em que tais processos se sustentam. Embora a literatura sobre o tema insista no caráter eclético das orientações teóricas dominantes na psiquiatria brasileira, é possível observar certa tendência,

principalmente a partir das últimas décadas do século XX, ao desenvolvimento e utilização de modelos interpretativos que preconizam a participação de fatores de natureza predominantemente individual e familiar na etiologia tanto da doença mental como da criminalidade. Observa, nesse sentido, uma perda progressiva de consideração do meio (social, cultural, econômico, político) como fator determinante desses fenômenos e um entusiasmo renovado pelos fatores criminogênicos de natureza bioquímica, genética, orgânica, intrapsíquica e afetiva-vincular. Entre as possíveis conseqüências sócio-culturais da utilização destes modelos etiológicos é preciso destacar sua contribuição à despolitização dos fenômenos da saúde e da criminalidade por um lado e, conseqüentemente, a desresponsabilização das instâncias públicas e coletivas e responsabilização crescente dos indivíduos e suas famílias na provisão de cuidados e no controle da criminalidade.

Ao mesmo tempo, tais modelos, petrechados numa linguagem cada vez mais sofisticada, e valendo-se de instrumentos diagnósticos aparentemente cada vez mais elaborados, não parecem transportar interpretações sobre as relações entre saúde mental e criminalidade muito diferentes das que inauguraram a psiquiatria forense como área de conhecimento e como profissão. A localização da origem do comportamento criminal na “personalidade” do indivíduo, e a utilização do diagnóstico de personalidade anti-social como estereótipo do criminoso, agora já não mais considerado louco mas sim “transtornado”, conserva (e renova) perturbadoras analogias com a figura lombrosiana do “criminoso nato”.

Por outra parte, o caráter profundamente social dos fenômenos em pauta sugere a necessidade de problematizar a organização e divisão sócio-técnica dos processos de trabalho orientados à arbitragem da criminalidade ligada à saúde mental, em função da posição neles ocupada pelo saber médico-psiquiátrico. Conforme foi analisado ao longo do trabalho, a emissão de laudos periciais se caracteriza pelo pronunciamento técnico acerca de condições (imputabilidade, periculosidade) que acabam determinado, de maneira dramática, as trajetórias biográficas dos indivíduos, podendo conduzi-los ao confinamento perpétuo em manicômios judiciários.

Nesse sentido, é preciso destacar, mais uma vez, que a luta antimanicomial, o questionamento das condições de vida e a defesa dos direitos da população internada por decisão judicial não tem sido, até o momento, incluídos na agenda da reforma psiquiátrica em curso no Brasil. A participação das profissões do campo social – Serviço Social,

Psicologia, Direito – no registro desta ‘omissão’ poderia representar um começo de ruptura com esse silenciamento que caracteriza práticas discursivas e não discursivas de diversos tipos de agentes neste campo.

## REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO E; ENGELHARDT W. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*;25(4):245-8, 2003

ABDALLA-FILHO, E. Avaliação de Risco. In: TABORDA, José G.; CHALUB, Miguel; ABDALLA-FILHO, Elias. *Psiquiatria Forense* São Paulo: ARTMED, 2004, pp. 161-174.

ALEXANDER, Franz Gabriel; SELESNICK, Sheldon T. *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. São Paulo: IBRASA, 1968.

ALVES, DSN (coord). *Conversando com o Ministério Público: o Ministério Público e a Reforma Psiquiátrica*. Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro:2004. acesso em 10 de dez. de 2009. Disponível em <http://www.inverso.org.br/blob/127.pdf>

AMARANTE, P. Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. In: *Saúde em Debate*. 45: 43-46, dez. 1994.

AMARANTE, P. D. C. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. 1982. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ARBOLEDA-FLÓREZ, J; TABORDA, JGV. Princípios éticos aplicáveis na prática da psiquiatria forense. In: TABORDA, G.V.; CHALUB, M; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.21-30.

BALTIERI, D. A; FREITAS, S.P. Álcool e crime. In: RIGONATTI, Paulo Sérgio; SERAFIN, Antônio P.; BARROS, Edgard Luiz de. *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*, São Paulo: Vetor, 2003, pp. 151-163.

BAPTISTA, M. A ação profissional no cotidiano. In: Martinelli, M.; Rodriguez, M (orgs) *O uno e o múltiplo nas relações entre as áreas do saber"*. São Paulo, Cortez, 1995, p. 110-121.

BASTOS, C. L. Opinião. Coluna da Lista Brasileira de Psiquiatria *Psychiatry On-line Brazil*12 (10), 2007. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano07/lbp1007.php>

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, ago. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082007000200004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000200004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 fev. 2010. doi: 10.1590/S0101-81082007000200004.

BORDIN, Isabel AS; OFFORD, David R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2010. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462000000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600004&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1516-44462000000600004.

BORENSTEIN, M et AL. Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960) *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 665-9

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, 2009.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009A. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200016&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 dez. 2009. doi: 10.1590/S0103-73312009000200016.

CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100015&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 11 dez. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000100015.

CARDOSO, D. *A sociologia das profissões de Eliot Freidson: uma aplicação à análise do Serviço Social como profissão no Brasil contemporâneo*. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

CARRARA, Sérgio Luiz. *Crime e Loucura: o Aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século*. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional da UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, in *Vade Mecum*. 5ª edição, São Paulo: Saraiva, 2008.

COHEN, Claudio. A periculosidade social e a saúde mental. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 21, n. 4, Dec. 1999. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400006&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1516-44461999000400006.

CORRÊA, Josel Machado. *Um estudo jurídico e político sobre saúde mental*. Tese (Doutorado em Direito). Florianópolis: UFSC, 1996. p.126

CORREIA, Ludmila Cerqueira; et all. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Sept. 2007. Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900002&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Feb. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900002.

- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- DAL PIZZOL, A. *Estudo Social ou Perícia Social?: um estudo teórico-prático na Justiça Catarinense*. Florianópolis: Insular, 2005.
- DARMON, P. *Médicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- DELGADO, P.G. *As Razões da Tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Te Corá, 1992.
- DELL'AGLIO, Marta. *La práctica del perito trabajador social: una propuesta metodológica de intervención social*. 1 ed. Buenos Aires: Espacio, 2004.
- DOUGLAS, M. *Cómo piensan las instituciones*. Madrid: Alianza, 1996.
- ELIAS, N. *Conocimiento y Poder*. Madrid, La Piqueta, 1994.
- EY, H.; BERNARD, P; BRISSET, C. *Manual de Psiquiatria*. São Paulo: Masson, 1985.
- FARIA, J.E. O poder judiciário nos universos jurídico e social: esboço para uma discussão de política judicial comparada. *Serviço Social & Sociedade*, Ano XXII, n.67, p.7-17, 2001.
- FAVERO, E.T. O Estudo Social: fundamentos e particularidades de sua construção na área Judiciária. In: *O Estudo Social em perícias, laudos e pareceres técnicos*. Conselho Federal de Serviço Social (org), 6 ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 9-51.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad*. México: Siglo XXI, v. 1, 1978.
- FOUCAULT, M. *O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. *Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *A Ordem do Discurso*. 7ª Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREIDSON, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península, 1978.

FREIDSON, E. *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press, 1988.

GAGLIETTI, M. O Poder Simbólico e a Distância entre os dois Brasis: o formal e o informal. *Katálysis*, Florianópolis v.9, n.1, p. 43-52, jan/jun, 2006.

GIDDENS, A. *Modernidad e identidad del yo*. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Ediciones Península, 1995.

GUS, Mauro. Acting, enactment e a realidade psíquica "em cena" no tratamento analítico das estruturas borderline. *Rev. bras. psicanál.* [online]. jun. 2007, vol.41, no.2 [citado 15 Fevereiro 2010], p.45-53. Disponível na World Wide Web: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2007000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000200005&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0486-641X.

HARRIS, R. *Assassinato e loucura*. Medicina, leis e sociedade no fin de siècle. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1413-81232009000100036.

JABERT, A.: Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 693-716, set.-dez. 2005.

JACÓ-VILELA, et all. Medicina Legal nas Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1830-1930): o encontro entre medicina e direito, uma das condições de emergência da psicologia jurídica. *Interações*, vol. X , n 19 , jan-jun, 2005. p. 9-34 .

KEMSHALL, H Crime and Risk. In Taylor-Gooby; Zinn, Risk in Social Science. Oxford: Oxford University Press, 2006: 76-93.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo, Martins Fontes, 1991

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988

MANGIA, Elisabete Ferreira. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300028&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 fev. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300028.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a Medicina Social e construção da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro; Graal, 1978.

CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

MELO, Augusto Luís Nobre de. *Psiquiatria*. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira FENAME, 1979.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. Los caminos de la locura y la transformación de la atención a los portadores de sufrimiento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. [online]. ago. 2008, vol.4, no.2 [citado 13 Diciembre 2009], p.00-00. Disponible en: <[http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1806-6976.

MIOTO, R.C.T. Perícia social: proposta de um percurso operativo. *Serviço Social & Sociedade*, Ano XXII, n.67, p.145-158, 2001.

MITJAVILA, M O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social; Revista de Sociol. USP*, S. Paulo, 14 (2): 129-145, outubro de 2002. ISSN0103-2070

MITJAVILA, M Perícia técnica e arbitragem Social: Um estudo sobre o Serviço Social do Poder Judiciário no Estado de Santa Catarina. In: *Anais do IX Enpess - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004 - PUCRS*. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. CD-rom ISBN 85-8952-07-8.

MITJAVILA, M. R. . El saber médico y la medicalización del espacio social. Montevideú: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República Oriental del Uruguay, 1998. 48 p.

MITJAVILA, M. R. . Responsabilidade e periculosidade criminal: olhares da medicina psiquiátrica na contemporaneidade.. In: *XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 2009*, Rio de Janeiro. Full text, 2009.

MITJAVILA, M.R. O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social; Revista de Sociol. USP*, S. Paulo, v.14, n.2, p.129-145, outubro de 2002. ISSN0103-2070

MITJAVILA, M.R. Perícia técnica e arbitragem Social: Um estudo sobre o Serviço Social do Poder Judiciário no Estado de Santa Catarina. In: *Anais do IX Enpess - Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social 30 de novembro a 03 de dezembro de 2004 - PUCRS*. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. CD-rom ISBN 85-8952-07-8.

MITJAVILA, M.R. *Perícia Técnica e Arbitragem Social: o caso do Serviço Social na área criminal do Poder Judiciário de Santa Catarina*. Relatório técnico de pesquisa: CNPq, 2006. 123 p.

MITJAVILA, M.R.; MATHES, P.G. Representações sociais da periculosidade nas narrativas forenses sobre loucura e responsabilidade penal. *Anais da VII Reunião Antropológica do Mercosul*. Porto Alegre, 2007.

MORAES, T.; FRIDMAN, S. Medicina Forense, Psiquiatria Forense e Lei. In: TABORDA, G.V.; CHALUB, M; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.21-30.



MORANA, H C P Identificação do ponto de corte para a escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) em população forense brasileira: caracterização de dois subtipos da personalidade; transtorno global e parcial. Tese de Doutorado. São Paulo, Universidade de São Paulo, 2008

MORANA, Hilda C P; STONE, Michael H; ABDALLA-FILHO, Elias. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000600005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000600005&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1516-44462006000600005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. 11(2): 241-58, maio-ago. 2004.

PAVEZI, Ingrid Berns. **A criação do indivíduo inimputável pela psiquiatria forense como uma forma de exclusão e controle social na contemporaneidade.** Vigilância, Segurança e Controle Social na América Latina, 4-6 de mar, Curitiba, 2009 p. 300-311. ISSN 2175-9596.

PERES, M.F.T.; NERY FILHO, A. A Doença Mental no Direito Penal Brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. Hist. cienc. saude-Manguinhos., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. 2002.

PICCININI, Walmor J.. Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, dez. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082006000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300018&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 18 fev. 2010. doi: 10.1590/S0101-81082006000300018.

PICCININI, Walmor; ODA, Ana Maria G. R. História da Psiquiatria: A Loucura e os Legisladores. Psychiatry on line Brasil. Vol.11, Nº 3, março de 2006. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>. ISSN 1359 7620.

PINTO, F.R. A Penitenciária de Florianópolis e a medicalização do crime (1935-1945). Florianópolis, 151f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

POLI NETO, Paulo; CAPONI, Sandra N.C.. A medicalização da beleza. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 dez. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832007000300012.

PORTOCARRERRO, V.M. O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira. Tese de doutoramento, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990

REBELO, Fernanda; CAPONI, Sandra. A medicalização do crime: a Penitenciária de Florianópolis como espaço de saber e poder (1933-1945). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, ago. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 dez. 2009. doi: 10.1590/S1414-32832007000200002.

RIGONATTI, S. P. *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*. São Paulo: Vetor, 2003.

ROCHA, Felipe Filardi da; LAGE, Naira Vassalo; SOUSA, Karla Cristhina Alves de. Comportamento anti-social e impulsividade no transtorno de personalidade anti-social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 3, Sept. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000300024&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1516-44462009000300024.

RUSSO, Jane. *O mundo PSI no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa A.. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano IX, n. 3, set/2006, p.460-483.

SCHESTATSKY, Sidnei et al. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462003000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500003&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Feb. 2010. doi: 10.1590/S1516-44462003000500003.

SERAFIM, A. P. Aspectos etiológicos do comportamento criminoso: parâmetros biológicos, psicológicos e sociais. In: RIGONATTI, Paulo Sérgio; SERAFIN, Antônio P.; BARROS, Edgard Luiz de *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*, São Paulo: Vetor, 2003, pp. 49-64

SILVA, O.S.; LUZ, L.; HELM, C.M.V. (org). *A Perícia Antropológica em Processos Judiciais*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

SZASZ, T. P J' Accuse: Psychiatry and the Diminished American Capacity for Justice. *Political Psychology*, vol. 2, 1980, pp. 106-113.

TABORDA, J. G. Exame pericial psiquiátrico. In: J. Taborda, M. Chalub, E. Abdalla-Filho e cols. *Psiquiatria Forense*. Porto Alegre, Artmed, 2004, pp. 43-67.

VASCONCELLOS, Silvio José Lemos; GAUER, Gabriel José Chittó. A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, Apr. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082004000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100011&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Feb. 2010. doi: 10.1590/S0101-81082004000100011.

VENÂNCIO, A. T. A.: .Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil..*História, Ciências, Saúde* . Manguinhos, vol. 10(3): 883-900, set.-dez. 2003.

VICINI G. *Abrço afetuoso em corpo sofrido*: Saúde integral para idosos. São Paulo: SENAC; 2002. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=Q72LcCq0svIC&pg>