

UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**A PRODUÇÃO DO “LOUCO-CRIMINOSO” NAS PRÁTICAS DISCURSIVAS DOS
PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO “DOUTOR ANTÔNIO BATALHA DE BARCELLOS”**

GABRIEL FITARONI NEVES DA CUNHA

VILA VELHA

JANEIRO/2016

UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

**A PRODUÇÃO DO “LOUCO-CRIMINOSO” NAS PRÁTICAS DISCURSIVAS DOS
PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO “DOUTOR ANTÔNIO BATALHA DE BARCELLOS”**

Dissertação apresentada à Universidade de Vila Velha, como pré-requisito do Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, para obtenção do grau de Mestre em Sociologia Política.

GABRIEL FITARONI NEVES DA CUNHA

VILA VELHA

JANEIRO/2016

GABRIEL FITARONI NEVES DA CUNHA

**A PRODUÇÃO DO “LOUCO-CRIMINOSO” NAS PRÁTICAS DISCURSIVAS
DOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO “DOUTOR ANTÔNIO BATALHA DE BARCELLOS”
(2013/2016)**

Dissertação apresentada à
Universidade de Vila Velha, como
pré-requisito do Programa de Pós-
graduação em Sociologia Política,
para obtenção do grau de Mestre
em Sociologia Política.

Aprovada em 29 de janeiro de 2016.

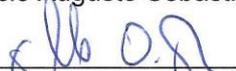
Banca Examinadora:



Prof. Dra. Renata Costa Moura (UFES)



Prof. Dr. Acácio Augusto Sebastião (UVV)



Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa (UVV)
Orientador

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

C972p

Cunha, Gabriel Fitaroni Neves.

A Produção do "Louco-Criminoso" nas práticas discursivas dos profissionais do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico "Doutor Antônio Batalha de Barcellos". / Gabriel Fitaroni Neves Cunha. – 2016.

82 f.: il.

Orientador: Pablo Ornelas Rosa.

Dissertação (mestrado em Sociologia Política) -
Universidade de Vila Velha, 2016.

Inclui bibliografias.

1. Sociologia Política. 2. Doenças mentais - Diagnósticos.
3. Hospitais psiquiátricos. 4. Crime. I. Rosa, Pablo Ornelas. II.
Universidade Vila Velha. III. Título.

CDD 306.2

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus e a Nossa Senhora de Fátima.

A Thiago Aliprandi Lima que sempre me incentivou a alcançar caminhos cada vez mais distantes. O seu amor, carinho, paciência e compreensão foram os grandes responsáveis por me fazer prosseguir mesmo quando tudo conspirava para que eu desistisse. Foi meu ouvinte e conselheiro em muitos momentos, sempre me incentivando. Não tenho adjetivos para demonstrar minha gratidão.

Ao Paulo Sérgio Silva, o “Paulinho” pelas boas conversas sempre incentivadoras, me encorajando a iniciar e seguir até o fim.

Ao meu pai, mãe e irmãos pela paciência.

A Waldoece Apolori Costa Junior, o “Amarelo”, que nunca colocou empecilho algum para que eu pudesse realizar este trabalho, acreditando e apoiando sempre que necessário.

A Pablo Ornelas Rosa que considero um excelente professor e orientador e, acima de tudo, um amigo, sempre auxiliando de forma criativa nas dúvidas que surgiram durante a realização deste trabalho.

A Andréa Maria Negrelli Valdetaro Borjaille pela paciência, carinho, amizade, compreensão, correções e sugestões sempre muito pertinentes e coerentes, fazendo com que novas ideias e percepções surgissem.

Aos meus colegas de mestrado Ilia, Patrícia e Maira, sempre dispostos a me ajudar, tirando dúvidas, dando conselhos e contribuindo com ideias para a execução da pesquisa.

A Maria Jovelina Debona e Jaqueline Oliveira Bagalho sempre muito solistas, engajadas a ajudar.

A Andrea Sarmiento Araújo pela amizade e colaboração em todos os momentos dessa jornada.

A Marizete Luz Freitas pela colaboração.

A Gionava Pereira Bolonha e Liliane Reis Amaro pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos, que sempre compreenderam a importância do mestrado para mim em especial, Lucélia, Flávia, Laís, Elías, Cristiano, Janaína, Fabiana, Luciana, Renata e todos os outros que me ajudaram.

Obrigado!

RESUMO

CUNHA, Gabriel Fitaroni Neves. M.Sc. Universidade Vila Velha – ES, Janeiro de 2016.
A Produção do “Louco-Criminoso” nas práticas discursivas dos profissionais do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”.

Esta pesquisa de mestrado buscou analisar as relações estabelecidas entre os profissionais e os indivíduos internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, diagnosticados com transtornos mentais pela prática de ato tipificado pela legislação brasileira como ilegal. A proposta se fundamentou inicialmente em entrevistas semiestruturadas destinadas aos profissionais do HCTP para compreensão do leitor acerca do processo de criação da categoria do “louco-criminoso”, assim como denominar os indivíduos que tiveram suas medidas de segurança cessadas por meio do exame de cessão de periculosidade e que encontram-se, ainda assim, internados naquela Instituição, identificando suas realidades e perspectivas por meio de questionamentos. Foram analisadas algumas características das relações sociais e dos poderes soberano, disciplinar, biopoder e biopolítica, bem como a emergência das chamadas sociedades de controle, tendo como referência os procedimentos e práticas desenvolvidas pelos profissionais sob a perspectiva da perda da liberdade e identidade do indivíduo. No desenvolvimento do trabalho foi abordada a construção do louco, da loucura e da doença mental ao longo da história, seus discursos e práticas.

Palavras-chave: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”. Loucura - História. Periculosidade. Crime. “Louco-Criminoso”

ABSTRACT

CUNHA, Gabriel Fitaroni Neves. M.Sc. University Vila Velha - ES, January 2016.
Production of "Mad-criminal" in the discursive practices of Custody Hospital professionals and Psychiatric Treatment "Doctor Antonio Battle of Barcellos."

This master's research sought to understand and analyze the relations between professionals and individuals admitted to the Custody and Treatment Hospital Psychiatric - CPTH "Doctor Antonio Battle of Barcellos," diagnosed with mental disorders by the act of practice typified by Brazilian law as illegal. The proposal initially was based on semi-structured interviews designed to CPTH professionals to understand the reader about the category creation process of "crazy-criminal", as well as name the individuals who had their security measures ceased through the assignment of examination dangerousness and that are still admitted that institution, identifying their realities and perspectives through questioning. We analyzed some characteristics of social relations and sovereign powers, discipline, biopower and biopolitics, and the emergence of so-called corporate control, with reference to the procedures and practices developed by professionals from the perspective of loss of freedom and identity of the individual. In developing this work was briefly discussed the construction of the crazy, madness and mental illness throughout history, their discourses and practices.

Keywords: Custody Hospital and Psychiatric Treatment "Doctor Antonio Battle of Barcellos.". Madness - History. Hazard. Crime. "Mad-criminal".

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Rua sem calçamento.....	10
Figura 02 - Afastamento do centro urbano.....	11
Figura 03 - A montanha como paisagem.....	11
Figura 04 - Animais atravessam a via.....	12
Figura 05 - Fachada do HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos	12
Figura 06 - Sensação de paz no vazio.....	13
Figura 07 - Gravura de ex-interno do Hospital.....	14
Figura 08 - Gravura de ex-interno do Hospital.....	14
Figura 09 - Manifestação da Direção do Hospital.....	15
Figura 10 - Trabalho desenvolvido com os internos!.....	16
Figura 11 – Refeitório.....	24
Figura 12 – Pátio Coberto.....	25
Figura 13 – Barbearia.....	25
Figura 14 – Sala de aula.....	26
Figura 15 – Higienização dos internos em área externa.....	27
Figura 16 – Pátio externo.....	27
Figura 17 - Pátio interno.....	28

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID – Classificação Internacional de Doenças
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
PSME – Penitenciária de Segurança Média
SEJUS – Secretaria de Estado da Justiça
SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 “REVELAÇÕES”	9
2 INÍCIO DE UM PROCESSO	167
3 O INÍCIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA CATEGORIA	189
CAPÍTULO 1	23
1. PERCEPÇÕES DAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS ENTRE INSTITUIÇÃO E INTERNOS DO HCTP	23
1.1. Estrutura do HCTP	23
1.2. Estrutura administrativa do HCTP e o Poder Pastoral	288
1.3. Poder soberano, disciplinar, sociedades de controle e biopoder	355
CAPÍTULO 2	466
2. O LOUCO E A LOUCURA – CONSTRUÇÃO DO “LOUCO-CRIMINOSO”?	466
2.1. Emergência da loucura no mundo ocidental	466
2.2. O louco	53
2.3. “Louco-Criminoso”: percepções dos profissionais do HCTP de Cariacica	55
2.3.1. Loucura	566
2.3.2. Periculosidade	588
2.3.3. Crime	60
2.4. Delírios da Realidade	65
CAPÍTULO 3	677
3. O HOSPITAL DE CUSTÓDIA, TRATAMENTO E OS DESINTERNADOS	677
3.1. Hospital de Custódia	677
3.2. Desinternados: descaracterização do “louco-criminoso”?	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	777
APÊNDICE I	81
APÊNDICE II	82

INTRODUÇÃO

1 “REVELAÇÕES”

Escrever uma dissertação é quebrar, desagregar e juntar o que foi quebrado. Juntar e organizar as fragmentações dissipadas de forma que as realidades e novos contextos sejam formados e indagações surjam dessas observações.

Por esta razão iniciei a pesquisa em busca de peças que resultam na produção desse mosaico que compõe a realidade social. Como forma de me direcionar a essa realidade que estava procurando conhecer, fundamentada na busca pelo entendimento de como aqueles que são tratados como loucos após terem cometido uma ação tipificada como crime compreendem a condição atribuída a eles no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, acabei utilizando a fotografia como elemento fundamental na composição desse mosaico, entendendo que ela poderá ser usada como instrumento de percepção e identificação dos espaços dessa instituição e suas funcionalidades. Frayze-Pereira (1990) argumenta que através da fotografia podemos observar que existe um ponto privilegiado da visão segundo o qual o visível revela o que até então não foi visto.

O visível só revela a sua significação para um observador corporalmente situado no mundo, coexistindo com as coisas (FRAYZE-PEREIRA, 1990), e esse é um dos objetivos perseguidos nesta pesquisa etnográfica: partir em mil pedaços aquilo que parecia pronto.

Assim, a realidade é diagnosticada na medida em que se observa o objeto estudado de um prisma, um ângulo específico o que não significa dizer que a realidade é relativa. Porém, a realização do ângulo de tomada, o posicionamento do olhar para com o objeto fotografado, pressupõe uma intenção e escolha que reflete no resultado (FRAYZE-PEREIRA, 1990).

“A posição da câmara na angulação constitui, em toda construção perspectiva, um poderoso mecanismo gerador de sentido e tanto mais perturbador porque ele opera,

na maioria das vezes, sem que o espectador se dê conta de seu papel e de sua eficácia” (MACHADO, 1984 *apud* FRAYZE-PEREIRA, 1990, p.125).

Com o endereço do HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” em mãos iniciei meu percurso em busca da realidade vivenciada nesse hospital pelos indivíduos que chamarei de “loucos-criminosos”. Sem saber ao certo como chegar ao meu destino, muitas expectativas foram surgindo ao longo do caminho. Ao sair da rodovia principal do município de Cariacica, Estado do Espírito Santo, adentrei em uma rua sem calçamento e observei a imagem de uma montanha. Estaria eu seguindo o caminho correto? Continuei dirigindo e as realidades surgindo: o silêncio. A cada instante me afastava mais do “centro”. A falta de calçamento deu lugar ao asfalto novamente, estaria eu confundindo minha mente? Animais na rua! Pouco acesso aos indivíduos! Exclusão?! Reclusão!? Por fim, a fachada do Hospital. Arborizada. Sem nenhuma movimentação.



Figura 01 - Rua sem calçamento.
Fonte: o autor (2015).



Figura 02 - Afastamento do centro urbano.
Fonte: o autor (2015).



Figura 03 - A montanha como paisagem.
Fonte: o autor (2015).



Figura 04 - Animais atravessam a via.
Fonte: o autor (2015).



Figura 05 - Fachada do HCTP "Doutor Antônio Batalha de Barcellos".
Fonte: o autor (2015).

Fato! Fachada sem movimento, lugar distante da Cidade. Entro! O objeto diante de mim! Realidade desconhecida. Olho para trás, um misto de paz e alegria, pássaros cantando em euforia!



Figura 06 - Sensação de paz no vazio.
Fonte: o autor (2015).

E assim prossigo... Mais e mais imagens vão surgindo. O novo causando estranheza! Quadros pendurados, frases escritas nas paredes. Loucura!?

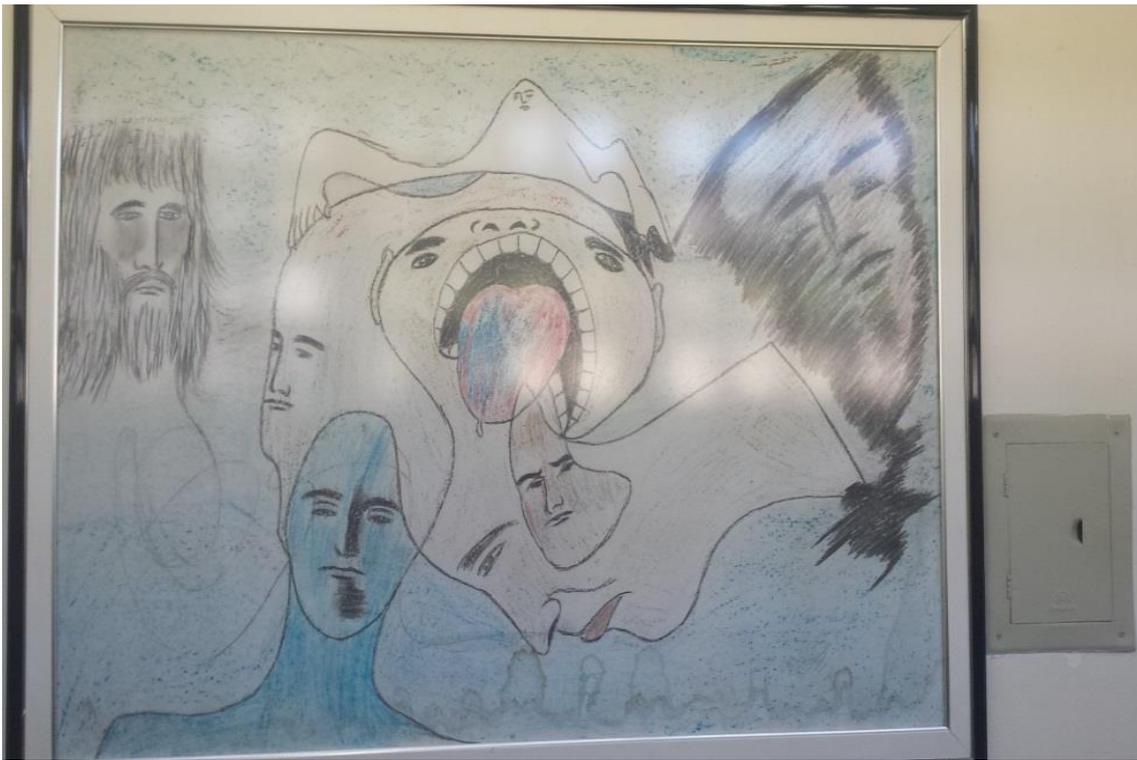


Figura 07 - Gravura de ex-interno do Hospital
Fonte: o autor (2015).

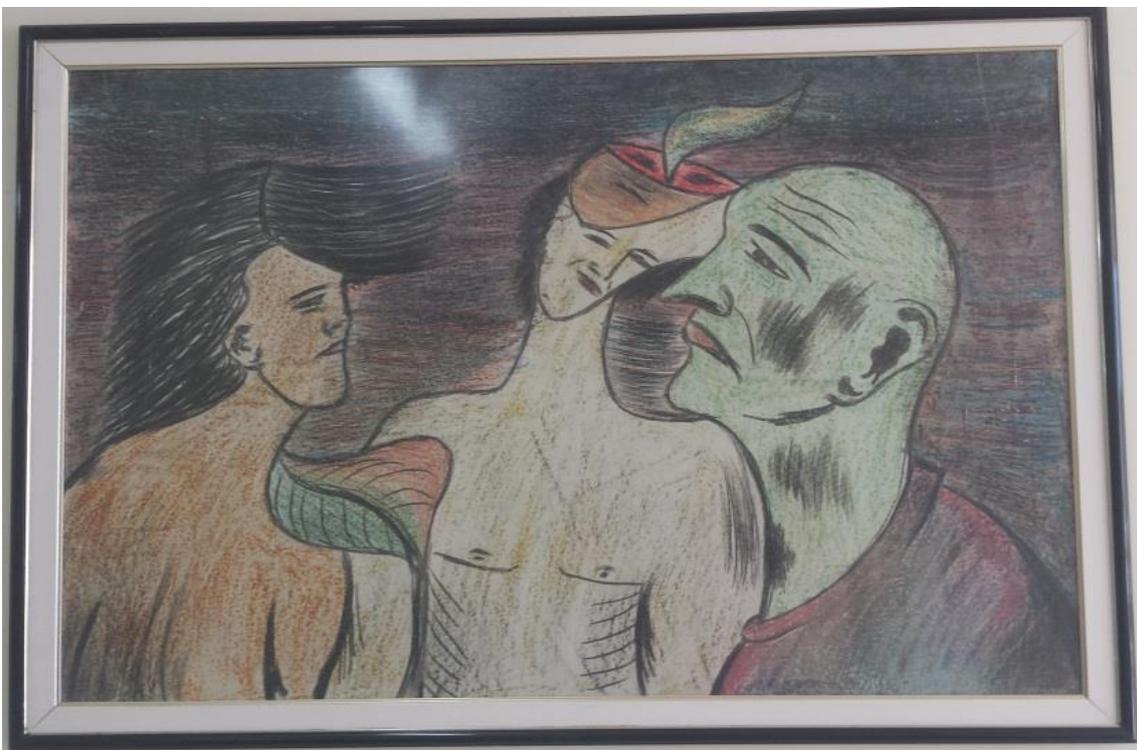


Figura 08 - Gravura de ex-interno do Hospital.
Fonte: o autor (2015).

Avisto ainda um jogral de percepções em um ambiente institucional, H-O-S-P-I-T-A-L D-E C-U-S-T-Ó-D-I-A E T-R-A-T-A-M-E-N-T-O P-S-I-Q-U-I-Á-T-R-I-C-O. Uma leitura da política adotada pela Instituição no tratamento e custódia desses indivíduos? Disciplina? Obediência? Há evidência de controle e poder exercido naquele Hospital ainda que a alegação seja direcionada aos profissionais administrativos.



Figura 09 - Manifestação da Direção do Hospital.
Fonte: o autor (2015).



Figura 10 - Trabalho desenvolvido com os internos!
Fonte: o autor (2015).

Percepção de liberdade no contraponto do controle e obediência adotados pela Direção em relação aos internos, conforme descrição do que foi encontrado nas paredes do HCTP.

Entretanto as “revelações” identificadas vão muito além das análises destes registros fotográficos que serão comparados com realidades literárias. Pressupõem também um misto de outras sensibilidades e percepções identificadas pelo pesquisador.

2 INÍCIO DE UM PROCESSO

Durante o ano de 2012, exerci a função de inspetor penitenciário na Penitenciária de Segurança Média II – PSME II, localizada no município de Viana, Estado do Espírito Santo e observei de perto as dificuldades enfrentadas pelos Profissionais do Sistema Prisional na área de segurança e saúde, quando da ocorrência de transtornos mentais desenvolvido nos custodiados no decorrer do cumprimento da pena.

Porém, foi no ano de 2014, exercendo a função de fiscal de contratos estabelecidos entre a Secretaria de Estado da Justiça – SEJUS e empresas prestadoras de serviço que surgiu o interesse em estudar a identidade dos indivíduos portadores de doença mental sujeitos a medida de segurança que habitam o HCTP.

Foi utilizada inicialmente como metodologia a revisão de literatura com o intuito de retomar os discursos de pesquisadores e estudiosos, não apenas para reconhecê-los, mas também para interagir com eles por meio da análise e comparação com a vivência relacionada à temática da pesquisa, utilizando também leitura e fichamentos possibilitando melhor compreensão do assunto abordado.

A oportunidade de seguir as pistas tal como se apresentavam e de alterar o rumo da pesquisa quando elas parecessem promissoras revelou-se vantajosa em termos gerais. Ajudou a neutralizar a rigidez de qualquer ideia preconcebida que tivéssemos sobre o que era e o que não era significativo no estudo de uma comunidade (ELIAS; SCOTSON, 2000, p. 16).

Para tanto optei por realizar uma pesquisa qualitativa, analisando, a partir da ótica dos profissionais do HCTP, por meio de entrevista semiestruturada quem são estes internos, construindo assim a categoria do “louco-criminoso”. Para conhecer a realidade de uma comunidade humana que se desenvolve num âmbito sociocultural concreto fez-se necessária a observação participante do pesquisador durante um período de tempo em que estive em contato direto com o grupo a estudar.

A proposta se fundamentou inicialmente em entrevistas semiestruturadas destinadas aos profissionais do HCTP para compreensão do leitor acerca do processo de criação da categoria do “louco-criminoso”. Estes questionamentos foram aplicados também aos indivíduos que cumpriam medida de segurança no HCTP e que já tiveram sua “periculosidade cessada” por meio de sentença judicial e continuavam habitando aquele Hospital, respectivamente presentes no Apêndice I e II. Por questões éticas de pesquisa, criei siglas para diferenciar os técnicos e pacientes, respectivamente: “T” e

“P”, todos tratados pelo gênero masculino, independentemente de seu sexo ou orientação sexual.

Algumas dificuldades foram encontradas no decorrer da execução da pesquisa, dentre elas, a realização de entrevistas com os técnicos, tendo em vista os dias de atendimento desses profissionais; Ausência da assistente de direção por motivo de férias, o que prejudicou os esclarecimentos dos questionamentos deste pesquisador; Alegação por parte da direção de baixo quantitativo de agentes penitenciários para retirada e acompanhamento dos internos nas entrevistas, além do descumprimento dos compromissos de agenda assumidos pela responsável da Direção. O que restou evidente foi a preocupação daquela gestora com minha presença e com o resultado da pesquisa.

Chamou bastante minha atenção o controle de informações centralizado em uma única pessoa, integrante da gestão do Hospital. Esse ponto será apresentado ao longo do diálogo com aquela Direção.

Apesar desses empecilhos apresentados, as entrevistas com os profissionais do HCTP ocorreram e possibilitaram a elaboração do conhecimento a partir de discursos técnicos e das impressões identificadas por eles da população de internados desde hospital, além de proporcionar análise da realidade vivenciada por alguns internos entrevistados que chamarei de “desinternados¹”. Ou seja, busquei compreender aqueles sujeitos que, em sua maioria foram diagnosticados como portadores de transtornos mentais após o momento que praticaram ato tipificado pela legislação brasileira como ilegal e que foram direcionados ao serviço de saúde do HCTP, portanto, diagnosticados como “loucos” e submetidos à medida de segurança, além de analisar as realidades dos “desinternados” deste hospital.

3 O INÍCIO DA CONSTRUÇÃO DE UMA CATEGORIA

¹ Serão considerados desinternados os indivíduos que cumpriram a medida de segurança que lhe foram impostas por meio de exame realizado por psiquiatra para verificação da extinção do perigo representado por estes sujeitos.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, está localizado em Roças Velhas, município de Cariacica, Estado do Espírito Santo. Foi inaugurado em 1986 com finalidade de proporcionar tratamento aos pacientes isentos de responsabilidade por motivo de afecção mental, que a critério do juiz, pode aplicar certas medidas de segurança pública, cabendo sua gestão e gerência a Secretaria de Estado da Justiça – SEJUS. Atualmente possui 65 (sessenta e cinco) indivíduos internados: 03 (três) mulheres e 62 (sessenta e dois) homens.

A denominação do Hospital se deu em 08 de fevereiro de 2000 por meio da Lei do Estado do Espírito Santo nº 6.172. Doutor Antônio Batalha de Barcellos foi um psiquiatra conceituado do Estado do Espírito Santo, especializou-se em psiquiatria e dividiu com Dr. Alaor Queiróz de Araújo atendimento aos psicopatas. Foi médico do Serviço Nacional de Doenças Mentais e da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, além de professor titular de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal do Espírito Santo, desde sua fundação até sua aposentadoria. Além disso, trabalhou no Hospital Adalto Botelho, localizado em Cariacica no Espírito Santo. No ano de 1988 presidiu o X Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Foi membro correspondente da Academia Brasileira de Medicina e da Associação Psiquiátrica do Espírito Santo. Recebeu homenagem de Membro Honorário da Associação por proposta do Doutor Fausto Amarante. Seu nome para esta homenagem foi escolhida unanimemente pelos membros que integram a Associação que representa a classe dos médicos psiquiátricos (ESPÍRITO SANTO, 1999).

Esse hospital destina-se a internação e tratamento de sujeitos diagnosticados como psicóticos em decorrência do cometimento de alguma infração para cumprimento de medida de segurança, conforme previsto no artigo 99 da Lei de Execuções Penais n.º 7.210 de 11 de julho de 1984², ou para realização de perícia criminal quando houver dúvidas quanto ao estado da saúde mental do condenado.

Contudo, é importante esclarecer que a medida de segurança consiste em sanção diversa da pena, aplicada em sua maioria aos portadores de transtornos mentais de

² BRASIL. Lei n.º 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 13 jul. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em: 12 nov. 2016.

acordo com o estabelecido na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 que praticaram ato considerado ilícito, cuja modalidade é o tratamento ambulatorial ou internação, como oportunidade e possibilidade de tratamento do indivíduo reduzindo o potencial de periculosidade de modo a reinseri-lo no contexto familiar e social.

Segundo Queiroz (2001), os sujeitos com algum tipo de transtorno mental são considerados irresponsáveis por seus atos ou incapazes de se autodeterminar diante do caráter ilícito do fato, afirmando serem inimputáveis ou semi-inimputáveis pela legislação brasileira e, portanto, isentos de pena, recebendo em seu lugar uma medida de segurança.

Para determinar a medida de segurança o juiz deve solicitar perícia criminal, exame que tem por finalidade averiguar se a pessoa que cometeu o crime será diagnosticada ou não com transtornos mentais. Este exame é feito por um psiquiatra especialista em perícia criminal e auxilia o juiz a tomar uma decisão na fase final do processo. Se o resultado demonstrar que a pessoa não é portadora de doença mental, caso seja condenada, cumprirá pena em uma prisão comum, caso contrário, caberá ao juiz decidir o tipo e o tempo da medida de segurança.

O prazo estabelecido é de no mínimo 01 (um) e máximo de 03 (três) anos, conforme previsto no artigo 97, parágrafo primeiro do Código Penal Brasileiro³. Exemplificando, o tempo de atendimento de internação varia de acordo com a gravidade do delito praticado e da doença mental, podendo ser estendido caso haja necessidade de prorrogar a permanência em razão das condições de saúde do paciente ou do abandono familiar.

Na prática, a medida de segurança é aplicada em caráter punitivo, prolongando-se por tempo indeterminado e condenando os indivíduos considerados perigosos para a sociedade à prisão perpétua, em condições que claramente violam seus direitos e sua dignidade (REIS, 2010).

³ BRASIL. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 25 out. 2016.

Para Fontes (2009), *A Casa dos Mortos*, sexto documentário produzido pela antropóloga Débora Diniz, ilustra a condição humana, social, médica e jurídica sob a qual vivem cerca de 4.500 (quatro mil e quinhentos) internos que habitam os Hospitais de Tratamento e Custódia existentes em todo Brasil, numa espécie de associação entre um tratamento psiquiátrico interminável quanto ineficiente e uma prisão perpétua que atende pelo nome jurídico de Medida de Segurança.

O que originariamente foi pensado como medida para tratar de forma diferenciada os inimputáveis, revela-se uma violência aos direitos dos sujeitos que estão sob responsabilidade do Estado, conforme ponderou Coêlho (2014).

Coêlho (2014) relata ainda que as instituições responsáveis por cuidar de doentes mentais que praticaram crimes, submetem estes indivíduos a uma condição de caráter perpétuo no que diz respeito ao tempo de cumprimento da medida de segurança, pois, mesmo quando a periculosidade é “cessada”, por meio de exame médico, esses sujeitos não conseguem sair do Hospital. O Ministério da Justiça identificou que até 35% das pessoas submetidas a medidas de segurança em hospitais de custódia e tratamento possuem atestado de cessação de periculosidade e, portanto, não deveriam mais estar internados (COÊLHO, 2014).

Para Jacobina (2008), importante se faz a seguinte observação no que se refere a “loucura-criminosa”: se juridicamente não pode ser punida, e dificilmente pode ser curada, encontram-se estes em um limbo que necessita de uma justificativa para sua restrição de liberdade, tornando a periculosidade justificativa ideal nos interesses inquestionáveis da defesa social.

Embora trate da realidade dos Estados Unidos especificamente, o filme “Um Estranho no Ninho⁴” identifica a percepção da violação de outros direitos dos indivíduos que se encontram em manicômio judiciário sob tutela do Estado. McMurphy, interpretado por Jack Nicholson se passa por doente mental para converter sua “pena” em “medida de segurança”, deixando de cumprir pena em presídio, cumprindo medida de segurança no manicômio. O protagonista McMurphy esperava encontrar no manicômio judiciário

⁴ UM ESTRANHO no Ninho. Direção: Milos Forman. [S.l.]: Fantasy Films, 1975. 1 DVD.

uma realidade melhor do que a vivenciada em uma penitenciária, contudo, não foi o que verificou, pois sua simulação acabou lhe custando a vida.

Questionamentos são discutidos e evidenciados a partir da internação de McMurphy, dentre eles o controle e a disciplina exercida pela Instituição com os pacientes e o desencorajamento do desejo de liberdade quando um jovem que parece se sentir pronto para viver fora do Manicômio é reprimido pela enfermeira, cometendo suicídio. “Um estranho no ninho” aborda a loucura e a busca pela liberdade alcançada pelo protagonista quando morre, o que evidencia que a loucura não está no sujeito, mas no modo como a sociedade enxerga e trata os indivíduos através de uma busca por uma suposta normalização e segurança das condutas desses sujeitos.

Já em uma das cenas do documentário “A Casa dos Mortos”, Almerindo dimensiona as expectativas que a sociedade deposita sobre os hospitais-presídios: docilizar e domesticar os loucos infratores sob a perspectiva de Foucault, dos corpos dóceis, mediante doses diárias das drogas autorizadas (FONTES, 2009).

Diante dos diversos olhares busquei identificar quem são os indivíduos que estão sujeitos à medida de segurança na concepção dos profissionais que trabalham no HCTP, propondo a produção da categoria “louco-criminoso”, que se encontra instalada em um espaço lacunoso entre a condição de louco e criminoso, entre Hospital e Presídio, sendo o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Cariacica um exemplo deste cenário, assim como também denomina os indivíduos que tiveram suas medidas de segurança cessadas por meio do exame de cessão de periculosidade e que encontram-se, ainda assim, internados no HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, identificando suas realidades e perspectivas.

CAPÍTULO 1

1 PERCEPÇÕES DAS RELAÇÕES ESTABELECIDAS ENTRE INSTITUIÇÃO E INTERNOS DO HCTP

1.1 Estrutura do HCTP

O ambiente vivenciado pelos “loucos-criminosos” identificado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, merece certa atenção justamente porque é o local aonde aqueles vivenciam a medida de segurança que lhe são impostas seja por meio de internação ou de tratamento ambulatorial.

O HCTP possui em sua estrutura física 88 (oitenta e oito) leitos, dentre estes, 10 (dez) para atender as internas femininas, sendo 08 (oito) para as pacientes em cumprimento à medida de segurança e 02 (dois) para receber acusadas/condenadas, as quais tiveram suas internações por ocasião da instauração do incidente de sanidade mental. Conta com 01 (um) leito de contenção e 77 (setenta e sete) destinados aos pacientes do sexo masculino, sendo que 11 (onze) destes são para acusados/condenados, os quais são internados em razão da instauração do incidente de sanidade mental. Os outros 66 (sessenta e seis) leitos destinam-se aos pacientes para cumprimento à medida de segurança.

Dispõe ainda de refeitório, barbearia, sala de aula, chuveiros externos para higienização e pátio externo e interno onde os internos realizam o banho de sol. A área da saúde possui 01 (um) consultório odontológico, 03 (três) salas de atendimento médico psiquiátrico, 01 (uma) farmácia, 01 (uma) sala de prontuário, 01 (um) posto de enfermagem, 01 (uma) sala de vacina, 01 (uma) sala de esterilização e 01 (uma) enfermaria de repouso.

Na sequência, serão identificados por meio da fotografia alguns locais onde os sujeitos vivenciam as rotinas que lhe são impostas.



Figura 11 – Refeitório.
Fonte: o autor (2015).

Local onde são realizadas as refeições com exceção do café da manhã, distribuído nas enfermarias em razão da ministração dos medicamentos e o lanche da tarde. As refeições realizadas no refeitório destinam-se aos internos que recebem dieta diferenciada.



Figura 12 – Pátio Coberto.
Fonte: o autor (2015).

As refeições realizadas no pátio coberto destinam-se aos demais internos.



Figura 13 – Barbearia.
Fonte: o autor (2015).

Higienização obrigatória 01 (uma) vez por semana com o apoio do setor de enfermagem.



Figura 14 – Sala de aula.
Fonte: o autor (2015).

O nível de escolaridade atende até a 5ª série do ensino fundamental, sendo de responsabilidade do serviço social a identificação do grau de instrução do interno.

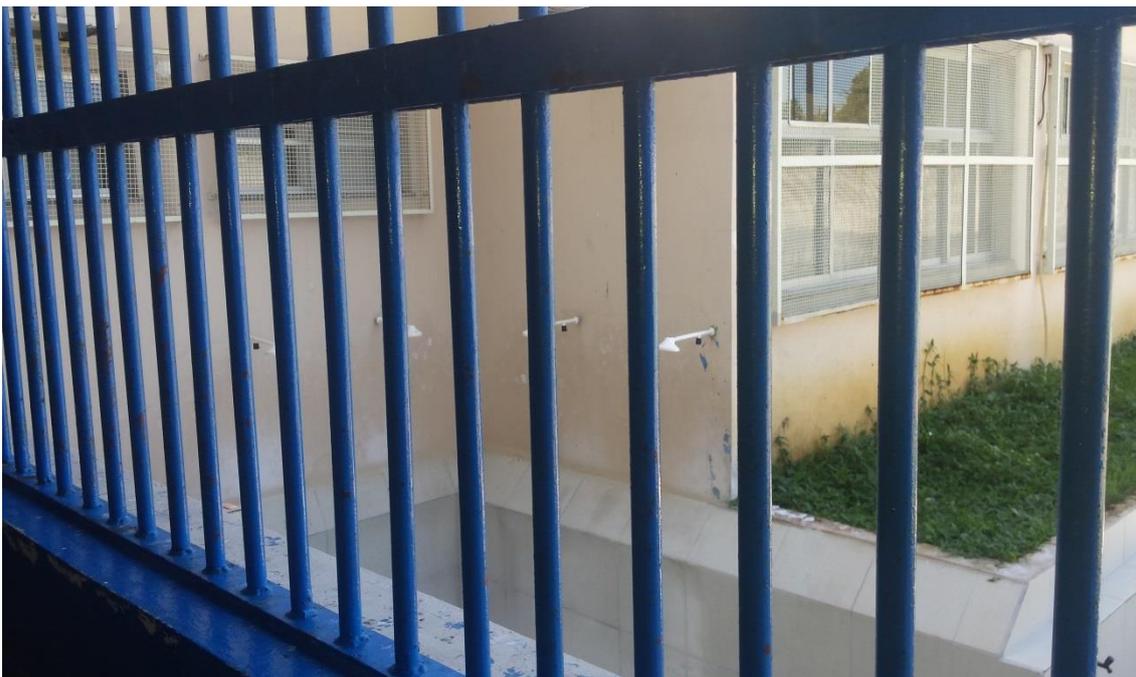


Figura 15 – Higienização dos internos em área externa.
Fonte: o autor (2015).



Figura 16 – Pátio externo.
Fonte: o autor (2015).

Na Figura 16, está retratado o Ambiente onde é realizado o banho de sol com os internados masculinos de segunda a sexta-feira.



Figura 17 - Pátio interno.
Fonte: o autor (2015).

Na Figura 17, está retratado o local onde é realizado o convívio com todos internos de segunda a sexta-feira.

A partir da descrição e identificação da estrutura física e das condições onde vivem os internos, analisarei a estrutura administrativa deste Hospital, identificando as categorias de profissionais e as atividades desenvolvidas por cada uma delas.

1.2 Estrutura administrativa do HCTP e o Poder Pastoral

O HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” possui em seu quadro administrativo os seguintes profissionais: 01 (um) diretor, 01 (um) assistente de direção, 01 (um) assistente social, 01 (um) psicólogo, 01 (um) psiquiatra assistente, 01 (um) clínico geral, 02 (dois) dentistas, 01 (um) enfermeiro, 06 (seis) técnicos em enfermagem, 35 (trinta e cinco) agentes penitenciários, 01 (um) auxiliar de gabinete odontológico, e 01 (um) auxiliar da área médica.

Em breve análise numérica comparativa das categorias dos profissionais identificados no hospital demonstra que o quantitativo de agentes penitenciários supera o de técnicos em três vezes, mostrando a proximidade maior desta Instituição com os presídios do que com os hospitais, evidenciando a finalidade para custódia e não tratamento desses indivíduos.

Porém, iniciei a pesquisa identificando, acompanhando e analisando as atividades desenvolvidas pelo serviço social quanto ao atendimento individual com os internados do hospital quando da chegada dos mesmos. O objetivo maior destes profissionais é conhecer cada um em suas especificidades como também de acompanhamento dos familiares, trabalhando desde o ingresso do interno até a reinserção sócio-familiar. O trabalho desenvolvido possui aspectos de cunho educativo e informativo, visando esclarecimento de dúvidas quanto aos direitos sociais.

Para identificar as técnicas de poder decorrentes da relação estabelecida entre os profissionais do serviço social, internos e seus familiares, se faz necessária a compreensão do que Foucault (2008) identificou por governar. Logo, busquei trilhar o caminho percorrido pelo autor para entender melhor como se estruturou a noção de governo e conseqüentemente demonstrar semelhanças existentes entre o poder pastoral cristão, que buscou conhecer as almas dos sujeitos para melhor governá-las, controlá-las e conduzi-las à salvação (FOUCAULT, 2008) a partir de análises acerca das relações de poder estabelecidas entre os profissionais e internos do HCTP.

No sentido político, governar pode significar dirigir a si mesmo sobre um caminho, pode significar manter uma quantidade de alimentos para o melhor gerenciamento de uma cidade durante um tempo, no sentido material, e pode referir-se à condução de alguém, seja no sentido espiritual de governo das almas ou no sentido de imposição de um regime para um doente, tomando significações de ordem moral. No entanto, a noção de governar, a partir do século XVI, passou a englobar aspectos referentes ao movimento e deslocamento das pessoas no espaço, à distribuição de alimentos e aos cuidados para com um indivíduo. Não se governa um Estado ou um território, não se governa uma estrutura política, o que se governa são sujeitos, os indivíduos ou as coletividades. Os possíveis campos de ação do governo referem-se ao domínio sobre

si e sobre os corpos, principalmente, sobre as almas e maneiras de agir (FOUCAULT, 2008).

Após conceituação do ato de governar identificado por Foucault, interessante se faz esclarecer que o poder político que incide sob todos aqueles que vivem em sociedade no que diz respeito à temática do poder pastoral, desenrola-se sob a forma de técnicas de vigilância e controle voltadas para os indivíduos, de forma a conduzi-los de maneira contínua e permanente, não significando total desvinculação dos métodos de governo político estatal (PIMENTEL FILHO; VASCONCELOS, 2007).

Importante salientar que o poder pastoral foi identificado intensamente com os hebreus, de modo que a relação estabelecida entre o pastor e seu rebanho adquiriu uma conotação religiosa, uma vez que o rei recebia das mãos de Deus o rebanho de homens a ser conduzido (FOUCAULT, 2008)

Logo, o pastor, por ter sido designado pela divindade ou por ser o representante mais direto de Deus, sabe qual a natureza e o destino de seu rebanho, e esta não é outra senão a sua felicidade proporcionada pela salvação. O poder pastoral não tem outra razão de ser senão “fazer o bem” e “salvar rebanho”. É por isso que Foucault afirma que o poder pastoral é “um poder de cuidado” que se manifesta inicialmente por seu suposto zelo e dedicação. Essa felicidade completa-se quando o rebanho/povo estiver de posse do reino onde não existe sofrimento (FOUCAULT, 2008). Partindo dessa premissa, poderíamos questionar sobre qual seria este suposto local comparando com os dias atuais? Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, Residências terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, domicílio do interno com seus familiares?

Toda a preocupação do pastor é voltada para os outros, nunca para ele mesmo. Está aí, a diferença entre o mau e o bom pastor: o mau pastor utilizava de seu povo em proveito próprio, sendo incapaz de assegurar o alimento, não garantindo a subsistência do rebanho, pensando no pasto para seu próprio lucro, enquanto o bom pastor só pensa no seu rebanho e em nada além dele. Sabe conduzir e dirigir seu rebanho, encontrando alimento para saciá-los (FOUCAULT, 2008)

Para assegurar que todas as ovelhas se encaminhem para a salvação, o pastor deve zelar por todas as ovelhas individualmente, pois existem perigos ao longo do caminho e algumas podem se perder. No cotidiano o pastor percebe as características de cada ovelha. Caso ocorra que uma se perca, por características próprias de “desvio de caráter” ou por tropeços do caminho, compete ao pastor deixar as outras ovelhas num lugar seguro e buscar a única extraviada. Só o pastor sabe o caminho da salvação de suas ovelhas, por isso tem sob seu encargo a condução delas (FOUCAULT, 2008).

No exercício de condução do rebanho, o pastor se via diante de um paradoxo: o poder pastoral era ao mesmo tempo totalizante e individualizante já que o pastor devia cuidar de todo rebanho e em particular de cada uma das ovelhas. Era preciso todo cuidado para com a totalidade do rebanho, mas também era preciso cuidar especialmente de cada uma das ovelhas. Um olho sobre o rebanho e o outro sob cada uma em particular, *omnes et singulatin* (FOUCAULT, 2008).

Era necessária uma grande variedade de técnicas de controle visando conduzir, dirigir, sustentar e conhecer a fundo “todos e cada um” dos indivíduos, *omnes et singulatin*. Seriam essas algumas das técnicas, tecnologias, mecanismos, dispositivos estabelecidos nas relações entre os internos e profissionais do HCTP?

Quando os internos chegam ao HCTP, o serviço social realiza entrevista individual com os mesmos, buscando a identificação de suas particularidades, da vida que levavam antes do cometimento do crime, informações da infância, adolescência, vida adulta, vínculo familiar, amigos, escolaridade, renda familiar, etc. As informações decorrentes das entrevistas realizadas com os internos são consideradas como técnica de controle atual com o objetivo de conduzir e dirigir a fundo “todos e cada um”.

Este procedimento de entrevista adotado pela instituição reporta as técnicas de confissão das quais Foucault (2008) identificava como dispositivo de investigação da verdade, em uma tentativa de controlar as camadas populares e detectar suas heresias. Ou seja, realizando uma análise comparativa, podemos verificar semelhanças no que diz respeito às técnicas de controle dos indivíduos ainda nos dias atuais.

Quando da impossibilidade de alguma resposta, estes profissionais entram em contato com os familiares dos sujeitos internados com o objetivo de obter as informações faltantes. Qual a necessidade de tantas informações senão para manter o controle e utilizá-las para melhor condução desses internos no ambiente hospitalar?

Em momento algum questiono a atuação dos profissionais do serviço social nem da direção do HCTP na condução dos internos, questionando ou avaliando se são bons ou maus gestores/pastores. Até porque essa ponderação pode ser respondida quando reconhecemos que eles representam o Estado e que este serve para garantir certa ordem fundamentada nos interesses de certos grupos específicos. Questiono as técnicas de controle intrinsecamente não percebidas e utilizadas para manter de forma estável e estática estes indivíduos.

Uma questão muito importante que merece ser indagada diz respeito ao bem viver dos indivíduos. Quem decide o que é bom para os indivíduos, os profissionais do Hospital? O fato de possuírem um local para dormir, alimentos, remédios para o suposto tratamento a que estão sujeitos não significa que estes estão sendo preparados para o convívio social após a cessação da medida de segurança. No terceiro capítulo analiso o entendimento do que seria o bem estar desse “louco-criminoso” que já cumpriu a medida de segurança. Entretanto, continua sem perspectiva de alta ou saída do hospital, e tudo isso com a garantia do Estado com discursos pela segurança da população e a normalização do sujeito, conforme apontou Foucault (2008).

Ao nos voltarmos a identificação e análise das atuações dos profissionais deste Hospital, de acordo com a concepção da Direção do HCTP, constatamos que o setor psicológico realiza o plano terapêutico individual durante a triagem do interno, buscando inseri-lo nas atividades que melhor atendam às suas demandas; Atende individualmente ou em grupo, por demanda espontânea ou encaminhamento de outros setores, proporcionando um suposto bem-estar psicossocial que resultaria em uma hipotética minimização do sofrimento psíquico diante da internação; Elabora, desenvolve e executa projetos, programas e ações multidisciplinares no âmbito da saúde mental; Trabalha de forma integrada com a equipe multidisciplinar visando à eficiência do trabalho em saúde mental; Acompanha, orienta e encaminha os

familiares durante atendimento nas visitas assistidas, objetivando a manutenção e reforçando os laços afetivos; Emite relatórios juntamente com o serviço social sobre a saúde mental e situação sócio-familiar do paciente, quando solicitado pelo judiciário e/ou ministério público; Preenche registro de atividades em prontuário, de acordo com determinações éticas do Conselho Federal de Psicologia; Contribui com as oficinas terapêuticas no sentido de possibilitar um espaço terapêutico onde seja possível o estabelecimento do laço social e busca da estabilização do quadro psicótico.

O terapeuta ocupacional realiza o plano terapêutico individual do paciente, buscando inseri-lo nas atividades que melhor atendam às suas necessidades e realiza encaminhamentos quando necessário; Promove oficinas terapêuticas de acordo com a demanda apresentada, direcionando o atendimento terapêutico ocupacional através das oficinas de modelagem em argila, cinema, jardinagem, bijuteria, leitura, pintura, beleza, contos e poesia, saídas terapêuticas, dinâmicas em grupo e técnicas de relaxamento, visando despertar criatividade, interação, autoestima, reflexão, valorização e manutenção do vínculo familiar; Realiza atendimento individual ou em grupo, com vista a conhecer sua situação de saúde, assim como seu histórico ocupacional e social, visando minimizar o sofrimento psíquico diante da internação; Elabora projetos e participa de ações interdisciplinares voltadas para promoção de saúde e prevenção de doenças; Promove a internação com instituições externas, com vista a estabelecer parcerias, no sentido de promover atividades socioculturais, terapêuticas e de lazer. Contudo, é importante destacar que durante a realização dessa pesquisa, não havia ninguém ocupando essa função supostamente essencial para a instituição e não necessariamente para o interno, uma vez que poderíamos supor que provavelmente o terapeuta ocupacional nesse espaço teria a atribuição de socializar o corpo e a mente do interno, fazendo-o aceitar a condição que lhe foi imposta pelo Estado, através de uma decisão judicial.

O médico psiquiatra assistente atende aos internados semanalmente, reavaliando seu estado de saúde mental, acompanhando de forma sistemática a evolução do seu quadro psiquiátrico; Participa das discussões com a equipe, mantendo-a informada sobre as medidas adotadas; Elabora pareceres objetivando alta médica para os que foram internados para serem periciados; Realiza atendimento aos desinternados em regime ambulatorial, conforme decisão da sentença judicial.

Qual seria o procedimento adotado para solicitar o retorno definitivo do “paciente” para a casa? Exame de cessação de periculosidade, realizado pelo psiquiatra após o término do período de cumprimento da medida de segurança determinado pelo juiz, que, conforme já explicitado varia de 01 (um) a 03 (três) anos, para verificação da extinção do perigo representado por este sujeito. O juiz, por meio desse exame poderá decretar a sentença de desinternação do indivíduo. No terceiro capítulo dessa dissertação, denominado *Desinternados: descaracterização do “louco-criminoso”?* abordarei a situação de 04 (quatro) indivíduos que tiveram sua periculosidade cessada, portanto, possuindo a sentença de desinternação, porém, continuam internados no HCTP.

O médico clínico faz semanalmente o acompanhamento às intercorrências clínicas; Acompanha de forma sistemática a alimentação dos pacientes fazendo o controle de pressão arterial e de peso dos internados; Prescreve dieta dos internos conforme necessidade de cada um; A alimentação dos internos é fornecida por empresa terceirizada de acordo com aquilo que foi estabelecido pelo médico clínico, ou seja, a partir da análise da dieta de indivíduo por indivíduo.

No setor de odontologia o internado é atendido de acordo com sua necessidade ou sua queixa principal, sendo feito em prontuário próprio e individual o registro de cada atendimento, orientando o paciente quanto à necessidade da escovação dentária.

O setor de enfermagem, no momento do ingresso do internado, realiza abertura do prontuário de saúde, caso não venha acompanhado do mesmo, registrando procedência, data, horário do ingresso e evolução de enfermagem; Separa e ministra medicação conforme prescrição médica; Realiza procedimentos e cuidados de enfermagem; Realiza diariamente os registros das intercorrências da saúde em livros próprios e em prontuários; Registra no prontuário sinais vitais, evolução e intercorrências dos pacientes conforme rotina; Realiza e supervisiona a higienização obrigatória dos pacientes: banho, corte de cabelo, de unha, barba (uma vez na semana) e troca de roupa; Acompanha os pacientes em atendimento externo (consultas e exames).

E o setor de segurança, que tem entre suas responsabilidades, a organização de toda segurança da unidade, garantindo a integridade física tanto dos pacientes quanto do

corpo administrativo. É presente em todas as ações do HCTP, desde o banho de sol, ministração da medicação, refeições, conferência diária dos internados, acompanhando também do setor de enfermagem no momento da higienização corporal; Registra e controla a entrada de visitantes; Acompanha os pacientes em comparecimentos a audiências e atendimentos médicos internos e externos; Não utilizam armas no interior da Unidade, somente o agente que se encontra na portaria principal da Instituição; Usam uniformes de segurança de cor preta. Importante caracterizar a vestimenta dos internos deste HCTP: os homens utilizam uniforme composto de calça azul e camisa branca e as mulheres bermuda vinho e camisa branca, ambos encaminhados pela SEJUS.

No item seguinte serão analisadas algumas características dos poderes que Foucault denominou de soberano, disciplinar, biopoder e biopolítica, bem como a emergência das chamadas sociedades de controle identificadas por Deleuze (1992), tendo como referência os procedimentos e práticas existentes e desenvolvidas pelos profissionais do HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, sob a perspectiva da perda da liberdade e assujeitamentos.

Importante ressaltar que a emergência e domínio de certas relações de poder em determinadas épocas e contextos, segundo Foucault, outros poderes existentes não deixam de existir, mas passam a ser incorporados através de certa hibridização decorrentes das técnicas, tecnologias, mecanismos e dispositivos com que operam.

1.3 Poder soberano, disciplinar, sociedades de controle e biopoder.

Após descrição e identificação da estrutura física, das condições onde vivem os internos e das atividades desenvolvidas pelos profissionais desse hospital, mostrarei de que forma opera a dinâmica da chegada dos indivíduos sujeitos a medida de segurança que são recebidos pelo setor administrativo, bem como pela Diretora Geral e Assistente de Direção, para conferência de documentações, compostas por decisões judiciais, prontuários sociais, psicológicos, jurídicos, de saúde, e os informativos para internação, caso venham de uma unidade prisional. Seria esse o princípio da caracterização da perda da liberdade individual desses sujeitos?

Tratando-se de internação para cumprimento da medida de segurança decorrente de decisão judicial, esta ocorre no HCTP nas segundas, quartas e sextas-feiras, das 09h às 11h, devendo ser acompanhados com a guia de internação e sentença da aplicação da medida de segurança.

Determinada a internação ou o tratamento ambulatorial, o setor de segurança procede com a revista do interno e recolhimento de seus objetos pessoais. A partir desse momento todas as relações sociais existentes no interior dessa instituição promoverão certo assujeitamento que visará produzir, inculcar, naturalizar, enfim, governamentalizar⁵ a certeza de sua condição enquanto louco e/ou criminoso, portanto, algo que poderíamos chamar de “louco-criminoso”. Para refletirmos sobre a pergunta formulada, proponho um breve debate conceitual acerca do entendimento de Foucault sobre o exercício do poder.

Para o autor não existe algo unitário ou global que chamamos de poder, mas sim, formas díspares, heterogêneas em constante transformação. O poder é uma prática social e, como tal, constituída historicamente, logo, as práticas ou manifestações de poder variam de acordo com cada época e configuração social (FOUCAULT, 2009).

Segundo Foucault (2010), a maximização dos efeitos do poder a partir da desqualificação de quem os produz não é um acidente na história do poder, mas sim uma das engrenagens que são parte inerente dos mecanismos de poder. Essa mecânica grotesca do poder é antiga no funcionamento político das nossas sociedades seja em sua pessoa, em sua personagem, em sua realidade física, em seus trajes, em seu gesto, em seu corpo, em sua sexualidade, em sua maneira de ser, um personagem infame, grotesco, ridículo, conforme mostraremos no decorrer deste subcapítulo.

Em seu livro “Vigiar e Punir”, Foucault (2009) aborda inicialmente o poder soberano onde o rei tem direito de vida e de morte sobre os indivíduos, podendo deixá-los viver

⁵ Para Foucault (2008), a governamentalidade é entendida como um conjunto de estratégias e procedimentos de poder que nascem do século XVII para o XVIII, tomando como alvo os indivíduos e populações a partir da utilização de dispositivos que operam na saúde e segurança, além de estabelecer a economia política como forma predominante de conhecimento, tendo a multiplicar uma série de aparelhos e saberes específicos relativos às distintas práticas de governo.

ou fazê-los morrer por meio das práticas do suplício realizadas em praças públicas, identificadas pelo autor como uma técnica que não deve ser equiparada aos extremos de uma raiva sem lei. Uma pena para um suplício deve produzir certa quantidade de sofrimento que se possa apreciar e hierarquizar, sendo a morte também considerada um suplício, na medida em que não é simplesmente privação do direito à vida, mas uma graduação calculada de sofrimentos, desde a decapitação até o esquartejamento. O suplício faz correlacionar o tipo de ferimento físico, quantidade, intensidade, o tempo dos sofrimentos com a gravidade do crime, a pessoa do criminoso e o nível social de suas vítimas.

No que diz respeito ao processo criminal, na maioria dos países europeus, com exceção da Inglaterra, este permanecia secreto até a sentença, não só para o público como para o acusado. Este não conhecia a acusação, as imputações, os depoimentos e as provas, uma vez que, segundo Foucault (2009), o saber era privilégio da acusação.

A forma secreta e escrita do processo confere com a ideia de que em matéria criminal o estabelecimento da verdade era para o soberano e seus juízes um direito absoluto e um poder exclusivo. Assim, o rei mostrava que a força soberana de que se origina o direito de punir não pode em caso algum pertencer a multidão, ou seja, diante da multidão todas as vozes deveriam se calar, conforme ponderou Foucault (2009).

Com o declínio do poder soberano e sua visível crueldade referente às práticas dos suplícios, emerge a chamada sociedade disciplinar apresentada e analisada por Foucault como uma nova forma de poder coercitivo que surgiu no Ocidente no século XVIII, local em que nasce uma forma supostamente mais humanizada de tratar de condutas inaceitáveis socialmente, ou ao menos àqueles que exercem o poder. A nova sociedade que resulta das revoluções liberais, governada pela ideologia burguesa, vê o poder disciplinar como a forma mais cabível e eficaz de garantir a ordem, substituindo os suplícios e espetáculos de execução pública por uma forma supostamente mais humanizada, a prisão (FOUCAULT, 2009).

Embora tenha sido criticada desde sua criação, a prisão permanece como uma instituição central para punição dos indivíduos, considerada funcional aos dispositivos disciplinadores da sociedade. É, portanto na instituição prisional que irão surgir e se

fundamentar uma série de saberes científicos responsáveis pelo estudo e docilização dos corpos e almas daqueles sujeitos classificados pela lei como criminosos, conforme mostrou Foucault (2009).

Segundo o autor, as sociedades disciplinares atingiram seu apogeu no século XX, fazendo os indivíduos passarem por vários espaços fechados, cada um com suas próprias especificidades e leis: família, escola, fábrica, às vezes hospital e eventualmente prisão.

A disciplina tem seu aspecto político ao produzir indivíduos submissos ao poder do Estado e suas instituições, garantindo o “equilíbrio” e a “ordem”. O poder e a disciplina sobre o corpo possibilitam o funcionamento de instituições e grupos sociais. Desta forma, Foucault (2009) nos mostra que o corpo passa a ser considerado um objeto passível do controle disciplinar.

Contudo, foi essa ordem disciplinar mantida por meio das instituições, que Foucault denominou de completas ou austeras. As técnicas disciplinares utilizadas naquelas instituições têm como objetivo manter o controle sobre o corpo a partir da distribuição dos indivíduos no espaço, a consequente individualização de seus corpos identificados nos hospitais que estão relacionados aos determinados tipos de doenças. Para Foucault, (2009) deve ser imposto um horário sobre o corpo, uma espécie de controle sobre este no qual deve seguir um determinado padrão de horário com o fim de determinar prazos. Estas Instituições austeras, principalmente a prisão, não são tidas somente como instituição de pura privação de liberdade, deve ser um aparelho disciplinar exaustivo em vários sentidos.

A afirmação é de que o governo pode dispor da liberdade da pessoa e do tempo do detento na prisão. Concebe-se então, a potência da educação que, na sucessão dos dias e dos anos, pode regular para o homem o tempo de vigília e do sono, da atividade e do repouso, o número e duração das refeições, a qualidade e a ração dos alimentos, a natureza e o produto do trabalho, o tempo da oração, o uso da palavra e até do pensamento. Regula os movimentos do corpo e até nos momentos de repouso, se apodera do homem inteiro, de todas as faculdades físicas e morais (FOUCAULT, 2009).

Algumas destas técnicas são utilizadas pelos profissionais do HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” como verificado no que diz respeito à prática religiosa, que ocorre duas vezes por mês, aos sábados de 13 às 15 horas por integrantes da igreja Assembleia de Deus, não sendo obrigatória a participação dos internos. Identifiquei com a direção do hospital que outras religiões manifestaram vontade de realizar cultos, porém, sob a alegação de falta de disponibilidade de horários devido à rotina do hospital, o acesso não foi permitido. Embora o objeto de minha pesquisa não seja a religião nem mesmo sua incidência entre pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, fiquei me questionando se a imposição de uma única prática religiosa justificada pela indisponibilidade de horários na rotina do hospital, não seria uma conduta inconstitucional, já que o Estado brasileiro é laico. Certamente, a imposição de uma única religião nesses espaços não apenas é uma arbitrariedade como uma forma violenta e coercitiva de governar o corpo e a alma desses sujeitos.

Todos os dias o setor de segurança retira os internos para o banho de sol, em duas turmas distintas, respectivamente, das 08:30 até 09:40 horas, sendo que em aproximadamente 20 minutos, estes se higienizam. O mesmo procedimento se repete com a segunda turma, que são retirados às 09:40 horas das enfermarias e direcionados para o pátio onde será realizado o banho de sol até 10:50 horas, realizando a higienização. Às 11 horas, os internos são divididos novamente em dois grupos, um encaminhado para o refeitório e outro para o pátio de banho de sol coberto onde realizam as refeições. Durante todo o período da manhã concomitantemente a estas atividades, ocorre atendimento psiquiátrico, clínico, pericial e odontológico. Às 15 horas ocorre o lanche da tarde, que acontece nas enfermarias e, por fim, a janta às 18 horas que ocorre da mesma forma que descrito no almoço, ou seja, o Estado visualizado na figura dos profissionais do HCTP dispõe da liberdade da pessoa e do tempo do paciente.

As sociedades disciplinares apresentadas por Foucault atingiram seu apogeu no século XX fazendo os indivíduos passarem por vários espaços fechados, que vão desde os meios familiares, escolares, industriais até mesmo hospitais e prisões. As características principais desse modelo de sociedade foram observadas nas fábricas: concentração, distribuição no espaço e ordenação do tempo. Sucederam as

sociedades de soberania cujo objetivo era diferente das sociedades disciplinares, qual seja, decidir sobre a morte mais do que gerir a vida (DELEUZE, 1992).

De forma sucinta, podemos afirmar que a estruturação de uma instituição fechada leva a uma domesticação da vontade individual, melhor dizendo, em um local onde todas as atividades da vida são realizadas no mesmo espaço, na companhia de pessoas as quais não se escolhe, tratados de forma semelhante e com atividades e horários rigidamente impostos por terceiros, o exercício da escolha tão caro à vida em sociedade, fica embotado (GOFFMAN, 2008).

Importante explicitar que a passagem da modernidade para a contemporaneidade ocasionou a mudança de um modelo de sociedade inicialmente marcado pelo poder disciplinar, mas que passou a operar através de práticas discursivas fundamentadas na “segurança” e na “normalização”, chamada posteriormente por Deleuze (1992) de “sociedade de controle”. Essa mudança ocorreu juntamente com a crise dos meios de confinamento como prisões, hospitais, escolas e famílias. Ora, esses meios de confinamento necessitavam de uma reforma, porém o entendimento geral é a da condenação dessas instituições (DELEUZE, 1992).

O uso das novas tecnologias de poder visando garantir certo controle social seria a mais nova expressão de seu exercício na sociedade moderna que resultou no aprimoramento dos mecanismos de vigilância que passaram de um caráter institucional para a gestão constante da vida e do planeta em geral, ou seja, esse controle passa a ser realizado em todos os campos da vida social, enquanto nas sociedades disciplinares ele nasce com as instituições. Não há mais um espaço restrito para que o poder se faça sentir, pois ele se faz presente em todos os lugares, sendo mais controlador porque se sustenta no aparato das novas tecnologias de informação que operam através de mecanismos de captura. Desse modo, o poder operado no controle populacional não se dá exclusivamente através do *panóptico*, mas por meio de outras novas tecnologias que emergem de redes digitais de comunicação mundial, que concentra toda a informação dos indivíduos em bancos de dados, fazendo-os deixar a condição de indivíduos e passando a serem divíduos, divisíveis, cifras, números, meros registros (DELEUZE, 1992).

Na visão de Deleuze (1992), os confinamentos são moldes, mas os controles são uma modulação. As sociedades disciplinares tem a assinatura que indica o indivíduo e o número de matrícula que indica sua posição na massa. O poder disciplinar é individuante e massificante, constituindo em um único corpo aquele sobre os quais se exerce e molda a individualidade de cada membro do corpo. Diferentemente, nas sociedades de controle o essencial é uma cifra, ou seja, uma senha. O controle é exercido por ela.

Contudo, o que se verifica no HCTP é a hibridização desses poderes e tecnologias por meio de práticas discursivas adotadas pelos profissionais do hospital de forma individual que resultam na socialização dos corpos e mentes desses sujeitos tratados e produzidos enquanto loucos. Portanto, é após o diagnóstico de transtorno mental e a consequente aplicação da medida de segurança que esses sujeitos são despidos de sua condição, tornando-se divisíveis que, enquanto massa e/ou população, tornam-se meras amostras quantitativas, números.

Dando segmento ao estudo de Foucault acerca do aumento da população e da escassez de alimentos ou propagação de doenças devido a insalubridade das cidades, é importante esclarecer que os saberes extraídos dos indivíduos particulares como observado no poder soberano e nas práticas disciplinares continuam tendo sua importância, porém, não são suficientes para se administrar o conjunto de indivíduos tomados sob a forma de uma população, sobretudo, no que se refere ao controle daqueles sujeitos que se encontram em uma lacuna entre a condição de loucos e criminosos.

Foucault propõe então um deslocamento do poder sobre os corpos específicos, para uma análise de uma gestão global da vida, mediante uma biopolítica da população, no qual o corpo humano sofre incidência das práticas de normalização (FOUCAULT, 1999). Ou seja, na segunda metade do século XVIII, o autor identifica uma nova tecnologia de poder que não exclui a técnica disciplinar, mas que a integra. Essa nova tecnologia de poder se dirige a vida dos homens e não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem ser vivo. Se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida: processos

de natalidade, longevidade e mortalidade que, justamente na segunda metade do século XVIII, constituíram os primeiros objetos de saber e os primeiros alvos de controle daquilo que Foucault (1999) chamou de biopolítica da espécie humana.

Para o autor, não há nem uma efetiva substituição do poder disciplinar pelo biopoder, nem a exclusão deste como algo ineficiente. De fato, ocorre a coexistência de maneiras distintas de duas espécies ou mais de poder no mesmo espaço e tempo. Cada uma dentro de seu nível de ação. Enquanto o poder disciplinar age no nível micro através de uma anátomo-política do corpo e da vida individualizadas a política, que opera sobre o aspecto biológico e seu correspondente poder, passa a incidir no nível macro dos assuntos que dizem respeito à vida da população constituída por sujeitos (FOUCAULT, 1999).

A junção dessas técnicas de poder reivindicam para si não apenas o controle dos corpos em decorrência do exercício do poder disciplinar, mas o conjunto composto pelo somático, o psíquico e pela consciência dos homens. O que interessa para Foucault é o sujeito enquanto ser vivo, na medida em que a multiplicidade de sujeitos forma certa massa global, afetada por processos de conjuntos que são próprios da vida. No entanto, é a efetivação da tomada da vida pelo poder estatal que se encontra relacionada a análise do surgimento da ideia de raças, da guerra de raças, assim como ao estudo do surgimento da noção de soberania na França.

Para Foucault (1999), a teoria clássica de soberania serviu de pano de fundo, de quadro analítico para se pensar a ideia de guerra de raças, que se pautava na ideia de que competia ao soberano decidir sobre o direito de vida ou de morte de seus súditos, permitindo-o fazer morrer ou deixar viver quem ele bem quisesse. Sendo assim, o poder soberano não pode dar a vida, entretanto, pode tirá-la quando bem quiser, pois é justamente porque pode e tem o direito de matar que o soberano exerce seu direito sobre a vida.

Podemos mostrar, por exemplo, alguns domínios de intervenção da biopolítica surgidos no final do século XVIII e início do século XIX, entre eles a relação triangular existente entre natalidade, doenças e morbidade. Segundo Foucault (1999) não se trata de afirmar o quanto uma população é fecunda ou não, também é necessário ponderar sobre o problema da quantidade de mortes, mas não mais no nível daquelas

conhecidas epidemias cujo perigo havia atormentado tanto os poderes políticos desde a Idade Média.

O final do século XVIII, sobretudo, na Europa, não se trata apenas das epidemias, mas de algo diferente. Trata-se daquilo que se poderia chamar de endemias, ou seja, a forma, a natureza, a extensão, a duração, a intensidade daquelas doenças dominantes em certa população. Doenças mais ou menos difíceis de serem eliminadas e que não são encaradas como epidemias, a título de causas de morte mais frequente, mas como fatores permanentes, de subtração das forças, diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que poderiam resultar altos custos para alguns. Portanto, a doença aparece como fenômeno de população, não mais como a morte que incide de maneira cruel sobre a vida, entendida como epidemia, mas como a morte permanente, que se insere paulatinamente na vida corroendo-a perpetuamente, diminuindo e a enfraquecendo, conforme apontou Foucault (1999).

Contudo, o resultado desses fenômenos no cálculo político se deu através da emergência de uma nova medicina que não visava manter apenas os indivíduos isolados dentro dos hospitais. Esta nova modalidade de medicina teve como alvo o corpo social, e como função mais importante a manutenção de uma suposta higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, que também passou a adquirir o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (Foucault, 1999).

Por fim, há outro domínio que está associado à preocupação quanto às relações existentes entre os sujeitos e seus meios de existência, ou seja, os ambientes onde residem e vivem. Estes espaços devem ser tomados quer seja de maneira natural ou artificial, quer seja em áreas de pântanos onde existe a possibilidade de epidemias de doenças, ou nas cidades construídas por eles. Assim, é no meio artificial formado pelas cidades que o problema das doenças requer certos cuidados especiais, conforme ponderou Foucault (1999).

Para o autor, a norma deve ser tratada como uma regra que pode ser aplicada tanto a um corpo que se busca disciplinar quanto a uma população que se procura regular,

pois a sociedade de normalização não é uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço. Contudo, essa não é uma interpretação exclusiva de Foucault acerca daquilo que chamou de sociedade de normalização, uma vez que ela vai além dessas definições.

Para Foucault (1999), a sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, a norma da disciplina e a norma da regulação. Assim, afirmar que o poder, no século XIX, incumbiu-se da vida, é o mesmo que dizer que ele conseguiu abarcar toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico e do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulação, de outra. Portanto, é nesse sentido que a norma passa a ser entendida como o elemento que se aplica ao mesmo tempo ao corpo e à população e que permite o controle simultâneo e contínuo da ordem disciplinar dos corpos e dos acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica.

No último capítulo do livro intitulado “A História da Sexualidade: A Vontade de Saber”, Foucault (1999) mostra que foi a partir da passagem do século XVIII para o XIX que ocorreu um importante deslocamento na forma de exercício do poder soberano, que passou a se afirmar não mais como um poder de morte, mas sim como um tipo de poder que age na gestão da vida, passando a incidir sob a população através de certo poder estatal engendrado por políticas públicas das quais se poderia sanear o corpo da população, depurando-o de suas infecções externas e, sobretudo, internas.

Assim, o que se produzia por meio da atuação específica do biopoder não era mais apenas o indivíduo dócil e útil, mas era a própria gestão da vida do corpo social. Se no século XVI o governo dos homens era exercido por meio de técnicas religiosas que visavam a direção das almas como a confissão, a partir do século XVII até o XIX ganha espaço outros dispositivos que têm no corpo o seu objetivo principal. É o momento de fortalecimento da medicina, da psiquiatria, e de todas as ciências que trabalham sobre o somático mais do que sobre o espiritual. Não que a prática da confissão, por exemplo, tenha sido abandonada. Ocorre sim uma inversão no mecanismo da confissão que coloca sobre primeiro plano não os atos, mas os pensamentos do penitente. Não é mais o aspecto relacional, conforme apontou Foucault (1999), trata-

se de construir uma verdade amparada na confissão, deslocando-a para o campo da ciência, na medida em que ela se torna viável com as chamadas “psico-ciências”.

Nesse sentido, a confissão deve ser tomada como um mecanismo de extração de discursos e verdades, de relatos sobre a existência individual, que de algum modo compõem o pano de fundo de todas as técnicas tanto de exame como de medicalização que ganharam corpo no século XIX (FOUCAULT, 2010). A entrada do aspecto confessional no campo da medicina coloca nas mãos dos médicos mais um instrumento que contribui na sua ação sobre a vida dos homens. Isso porque, como responsável pela manutenção da saúde do corpo e da vida, ele deveria saber de todos os detalhes a fim de evitar qualquer tipo de malefício.

No capítulo seguinte abordarei brevemente a construção do louco, da loucura e da doença mental ao longo da história, seus discursos e práticas, identificando os sujeitos internados no HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” a partir da percepção dos profissionais dessa instituição.

CAPÍTULO 2

2. O LOUCO E A LOUCURA – CONSTRUÇÃO DO “LOUCO-CRIMINOSO”?

2.1. Emergência da loucura no mundo ocidental

Para adentrar na complexidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, torna-se importante o entendimento do que vem a ser a loucura, ou melhor, do que passamos a chamar de loucura ao longo da história do mundo ocidental, salientando as inúmeras tentativas de conceituá-la e explicá-la ao longo dos anos.

Segundo Veyne (1982), é necessária certa prática além de um processo de institucionalização para que um indivíduo seja tratado, ou melhor, diagnosticado como louco. Importante salientar que o termo prática é utilizado para designar o que é praticado e a palavra discurso para designar o que é dito, portanto, optamos por falar em práticas discursivas acerca do entendimento do que é a loucura e o louco.

Inicialmente deveríamos nos perguntar: o que vem a ser a loucura? Procurarei responder essa pergunta ao longo deste capítulo buscando suas diversas denominações em tempos e espaços diversos, enfatizando que uma única palavra pode ter significados diferentes no decorrer dos anos. Além disso, identificarei quais foram às práticas discursivas utilizadas em cada época até a construção desse conceito que trata dos indivíduos internados no HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” pelos profissionais desta instituição.

Veyne (1982) reconhece que inexistente loucura, religião ou medicina de maneira natural e eterna, já que é através dos tempos que os muitos conceitos, noções, categorias, etc. passam a serem alterados ou mesmo os seus significados sofrem transformações não remetendo a um objeto específico. Da mesma forma que um nome que se repete em épocas distintas não trata sempre de uma mesma coisa. As relações sociais estão

em constante movimento e dificilmente são perpetuadas da mesma forma e com a mesma intensidade em contextos distintos.

Foucault (2000) relata que antes do século XIX, a experiência da loucura no mundo ocidental era bastante polimorfa e sua confiscação na nossa época no conceito de doença não deve iludir-nos a respeito de sua exuberância originária.

Portanto, iniciarei identificando a primeira prática de exclusão existente anterior ao século XV com a figura do leproso, considerado como ser maldito, causando rejeição à sociedade. Consequentemente, os locais destinados a estes indivíduos, os leprosários, se expandiram por toda a Europa. Contudo, foi no período correspondente ao século XV e XVII que houve uma grande regressão da lepra, ou seja, a doença desapareceu e os leprosários, espaços de exclusão, ficaram desabitados (FOUCAULT, 1997).

Segundo Foucault (2010), a exclusão da lepra era uma prática social que provocava um distanciamento entre um indivíduo ou um grupo destes e outro. Essa exclusão implicava a desqualificação jurídica e política dos indivíduos rejeitados e era acompanhada de uma espécie de cerimônia fúnebre no qual estes eram declarados mortos. Em suma, eram práticas de exclusão, rejeição e de marginalização.

Na medida em que a lepra é retirada de cena, os leprosários deixam de ter sua funcionalidade anterior e esses lugares obscuros deixam de existir. No entanto, aquilo vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, sem dúvida são os valores e as imagens que tinham aderido à figura do leproso (FOUCAULT, 2000).

Durante o século XVII o mundo da loucura tornou-se o mundo da exclusão. Foram produzidos por toda a Europa estabelecimentos para internação que não eram destinados exclusivamente aos loucos, mas aqueles indivíduos entendidos como diferentes dos demais como, por exemplo, os inválidos pobres, velhos na miséria, mendigos, desempregados, portadores de doenças venéreas, libertinos, pais de família dissipadoras, eclesiásticos em infração, todos que em relação à ordem da razão, moral e sociedade dão mostras de alteração (FOUCAULT, 1997).

A criação do Hospital Geral em Paris, com Bicêtre e la Salpêtrière, possibilitou que o governo francês capitaneasse a abertura paulatina de outros hospitais gerais nas grandes cidades da França sem que tivesse vocação médica alguma, conforme ponderou Foucault (2000). Importante identificar que estes indivíduos não são admitidos para tratamento, pois o campo da genuína saúde mental não admitia que esses sujeitos fizessem parte da sociedade, já que a colocam em risco. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebia na época clássica não colocava em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos (FOUCAULT, 2000).

Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente, na segunda metade do século XVIII, rejeitada para além de uma linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura (FOUCAULT, 2000).

As sensibilidades identificadas nas fotos das páginas 09 até 12 e a temática da localidade do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Cariacica, nos mostra indícios de que a questão de seu distanciamento dos centros urbanos se repete ao longo da história, evidenciando a suposta necessidade de afastamento desses indivíduos, os excluídos da sociedade.

Foucault (1997) se refere a uma sensibilidade social, comum à cultura europeia, que foi se formando no decorrer de muitos anos e que possibilitou a expansão dos Hospitais Gerais. Tratava-se, na verdade, de uma nova sensibilidade à miséria. A dor, a pobreza e a caridade, que antes apareciam como ligadas à glória e à salvação, tornavam-se obstáculos à ordem. Com a Reforma Protestante, os miseráveis deixavam de ser pretextos enviados por Deus, suscitando a caridade do cristão e a miséria que passou a ser percebida do ponto de vista moral.

Portanto, de acordo com Foucault (1997), a consciência moral se fazia notar a partir do imperativo do trabalho, pois para promover a ordem era preciso condenar a ociosidade. A era clássica falava, portanto, de uma rejeição a todas as formas de

inutilidade social: aqueles que se recusavam a trabalhar e também os considerados inaptos para o trabalho eram condenados à internação.

No hospital geral reinava o trabalho forçado. Eram fabricados diversos objetos que são lançados a preço baixo no mercado para que o lucro permitisse o hospital funcionar, porém, a obrigação do trabalho tinha também uma função de sanção e de controle moral, isso porque no mundo burguês existia um pecado por excelência no mundo do comércio, a ociosidade (FOUCAULT, 2000).

A característica comum que agrupa todos os indivíduos que residem nas casas de internamento é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, circulação ou acúmulo das riquezas, seja por responsabilização individual ou accidental. Todavia, esses espaços de exclusão que agrupavam os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos criminosos provocou uma espécie de assimilação obscura em que a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper (FOUCAULT, 2000).

Não nos espantemos que loucura tenha descoberto no século XX, em seu próprio centro, um núcleo primitivo de culpa e de egressão. Tudo isto não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. Portanto, a loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também. (FOUCAULT, 2000, p. 80)

O internamento não conservou mais do que um século a função primeira de manter silenciosa a loucura. O louco reaparece nas paisagens familiares, fazendo parte da vida cotidiana. Nesta época, o mundo correcional no qual a loucura está presa no meio de tantos erros, pecados e crimes começa a se deslocar. Os reformadores de antes de 1789 quiseram suprimir o internamento como símbolo da antiga opressão e restringir na medida do possível a assistência hospitalar como sinal da existência de uma classe miserável. Procurou-se definir uma fórmula de socorro financeiro e de cuidados médicos com os quais os pobres pudessem beneficiar-se na sua própria casa, escapando do hospital. Porém, recaem em uma contradição: restituídos à liberdade podem tornar-se perigosos para sua família e grupo social no qual se encontram. Daí a necessidade de contê-los e a sanção penal que se infringe aos que deixam errar “os loucos e os animais perigosos”. Diante disso, estas antigas casas de internamento foram aos poucos reservadas exclusivamente para os loucos, tornando-

se estes os herdeiros naturais do internamento e como os titulares das velhas medidas de exclusão. Foi dessa forma que o internamento passou a se tornar medida de caráter médico (FOUCAULT, 2000).

Pinel, Tuke, dentre outros, não romperam com as antigas práticas do internamento, mas as estreitaram em torno do louco. O asilo ideal de Tuke é considerado como a reconstituição em torno do alienado de uma quase família onde ele deverá sentir-se em casa sendo submetido a um controle social e moral ininterrupto. A cura significará reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento que são a armadura moral da vida familiar. Para tanto utilizavam ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, ou seja, tudo que poderá infantilizar e culpabilizar o louco. Já Pinel, reconstituiu em torno do louco um encadeamento moral que transformava o asilo numa espécie perpétua de julgamento. O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixados nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros e isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica, conforme mostrou Foucault (2000).

Nos séculos XVII e XVIII procurou-se definir técnicas para a cura dos chamados insanos: não eram psicológicos nem físicos, funcionavam de maneira concomitante. Submetia o doente a ducha ou banho para refrescar seus espíritos ou suas fibras, também era enjeitado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada. Procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação. Essas técnicas foram retomadas por Pinel e seus sucessores num contexto diferenciado, qual seja, repressivo e moral (FOUCAULT, 2000).

A ducha passou a punir sendo utilizada quando se cometia um erro e não mais quando o mesmo estava excitado. No século XIX, Leuret, uma espécie de ducha gelada, era utilizada para que o louco confessasse que sua crença era apenas delírio. No século XVIII havia uma máquina rotatória onde o doente era colocado para que o curso de seus espíritos fixos numa ideia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais. No século XIX aperfeiçoou-se o sistema dando um caráter punitivo: a cada manifestação delirante fazia-se girar o doente até ele se arrepender. Todos esses jogos médicos são as versões asilares de antigas técnicas

fundadas numa filosofia atualmente abandonada. O asilo fundado na época de Pinel para o internamento não representou a “medicalização” de um espaço social de exclusão, mas a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica (FOUCAULT, 2000).

A loucura, que mais tarde apareceu como fenômeno distinto dos outros, fenômeno esse que se tornou propriedade médica, já havia se apresentado em outros tempos e espaços com um rosto e um nome que lhe eram próprios. Ou seja, a crença de que a medicina finalmente chegou para identificar os doentes mentais em meio à massa heterogênea de internados nos hospitais gerais fala de um desejo de se atribuir à ciência um estatuto de verdade, sendo que a história da loucura não pode ser a história de um objeto estático. Os muitos rostos da loucura ou os muitos rostos do que convencionamos chamar de loucura não são máscaras de uma verdade oculta que estaria por ser descoberta pela ciência. Esses rostos são diferentes verdades em diferentes espaços e tempos (FOUCAULT, 1997).

No novo mundo asilar, neste mundo da moral que castiga, a loucura tornou-se um fato que concerne essencialmente à alma humana, sua culpa e liberdade, ela inscreve-se doravante na dimensão da interioridade, e por isso, pela primeira vez no mundo ocidental, a loucura vai receber *status*, estruturas e significações psicológicas. Mas esta psicologização é apenas a consequência superficial de uma operação mais surda e situada num nível mais profundo: uma operação através da qual a loucura encontra-se inserida no sistema de valores e das repressões morais. Ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro. O homem só tornou-se uma espécie psicologizável a partir do momento em que sua relação com a loucura permitiu uma psicologia, quer dizer, a partir do momento em que sua relação com a loucura foi definida pela dimensão exterior da exclusão e do castigo, e pela dimensão interior da hipoteca moral e da culpa, conforme ponderou Foucault (2000).

O conceito de doença mental que marca a apropriação da loucura pelas ciências médicas, encontra-se situado em um contexto histórico que jamais poderia ter

florescido de maneira isolada, como uma verdade absoluta que foi revelada por certos saberes. Contudo, outra importante contribuição para este trabalho vem das reflexões de Castel (1978). Segundo o autor, foi no final da Revolução Francesa que o louco passou a ser dotado do *status* de alienado, uma vez que a medicalização definiu o monopólio da medicina nos cuidados com o louco, promovendo assim, uma relação social de tutela. No entanto, foi a psiquiatria que passou a operar como ciência política, na medida em que respondeu a um problema de governo, permitindo, assim, administrar a loucura. Desse modo, o impacto diretamente político do problema passou a ser deslocado, possibilitando que a loucura se transformasse em questão puramente técnica e administrável (CASTEL, 1978).

Ao afirmar que a organização teórica da doença mental se liga a todo um sistema de práticas, Foucault mostrou que a:

organização da rede médica, sistema de detecção e profilaxia, forma da assistência, distribuição de cuidados, critérios de cura, definição da incapacidade civil do doente e da sua irresponsabilidade penal; em resumo, todo um conjunto que define numa cultura dada a vida concreta do louco (FOUCAULT, 2000, p. 90).

Para Birman (1987) a psiquiatria é atravessada por interpretações de cunho biológico que reivindicam suposta cientificidade justamente por vir do campo médico além das interpretações psicológicas que falam linguagens completamente diversas, que acabam não se compreendendo. O próprio conceito de doença mental, que muitas vezes aparece com a roupagem de verdade jamais foi um conceito fixo e definido de forma absoluta: transforma-se na medida em que mudam seus arredores, tornando-se parte de cada conjuntura e contexto histórico em que se faz presente.

O que buscamos fazer até aqui foi mostrar que essas inúmeras formas de nomear ou definir a loucura, bem como os seus desdobramentos acerca do comportamento humano variaram ao longo do tempo e, portanto, não são definidos de maneira plena no campo científico. Ou seja, ao me aprofundar em leituras fundamentadas na analítica foucaultiana foi possível constatar que a psiquiatria, ramo da medicina que trata dos saberes psíquicos, se apoderou da temática, dando a loucura o status de verdade.

2.2. O louco

Para tratar da construção, ou melhor, da invenção do louco, poderíamos partir de práticas discursivas e de teorias médicas que pretendem dar conta dos diferentes tipos de patologias, nomeando e classificando, e de representações comuns, teatrais ou literárias que os narram, encenam ou inscrevem. Outra forma seria partir das práticas e das instituições que, de certa forma, acabou não sendo uma dimensão muito explorada por Foucault, uma vez que o autor escolheu privilegiar sua pesquisa investigando como os loucos foram reconhecidos, excluídos da sociedade, internados, controlados e tratados. Quais instituições foram destinadas a acolhê-los e trata-los? Quais instâncias decidiam sobre sua loucura e de acordo com quais critérios? Quais métodos eram utilizados para contê-los, castigá-los e/ou curá-los? Ou seja, em quais redes de instituições e de práticas o louco encontrava-se simultaneamente capturado e definido?

Então, porque partir das práticas e das instituições que acolhem e retêm o louco ao invés de partir das teorias e dos discursos? Em primeiro lugar porque todos os usos metafóricos da loucura, todos os lugares fechados onde a loucura poderia ter livre curso, são subordinados em última instância à forma de asilo e isolamento social. Ou seja, pra tentar definir a loucura é melhor passar pelo louco enclausurado no hospício do que por todas as suas imitações. Logo, se quisermos responder a pergunta, o que é um louco, conforme sugere Vermeren (2013), é melhor procurar não onde o louco é mais ou menos louco, mas onde ele é completamente louco: no hospício.

Foucault mostrou que nem sempre enclausuramos aqueles tratados como loucos. Durante muito tempo o louco da aldeia era tratado como criança, vivendo no seio da comunidade, encarregado de tarefas subalternas. Isso ocorreu até a chegada do grande enclausuramento, que ocorreu quando os loucos acabaram trancafiados nos hospitais gerais com os desocupados profissionalmente, tratados como vagabundos, mendigos e as profissionais do sexo, como já relatado. Portanto, segundo Vermeren (2013), a definição do louco foi se transformando paulatinamente, até o entendermos como aquele sujeito que se encontra enclausurado.

Logo, para identificá-los seria necessário saber quem está na clausura. Este é um dos objetivos deste trabalho: identificar os sujeitos que estão sob medida de segurança no HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” na visão dos profissionais deste Hospital e como se dão suas práticas discursivas acerca desses sujeitos. Quem são esses sujeitos enclausurados nesta Instituição, loucos e/ou criminosos? A pergunta surge por algumas conceituações que trazem os Hospitais de Custódias e Tratamento Psiquiátrico para o centro do debate: presídio ou hospital, penalidade ou tratamento?

Isso porque, segundo Carrara (1998), o manicômio judiciário surge como um local para os supostos anômalos morais, percebidos como intermediários entre loucura e sanidade, responsabilidade moral e irresponsabilidade. No entanto, para Foucault (2006), a diferença entre prisão e hospício é que no segundo as técnicas disciplinares de reforma de indivíduos não pode ser assumida como tal, e sim instituída por um discurso que precisa se afirmar como médico para manter seu estatuto de verdade.

Considerados os conceitos acima descritos, voltemos a discorrer sobre o louco que, por muito tempo, foi pensado como impensável, o outro radical da razão. Sendo assim, ele só pôde se constituir dentro uma razão desarrazoada a partir do mesmo modelo que, no século XVIII, tornou o monstro uma natureza desnaturada. Logo surge a pergunta: o que é um monstro? O monstro é o símbolo da falência da razão. Porém, com o surgimento da teratologia, ciência dos monstros, que não é mais pensado como uma aberração da natureza, tornou-se uma natureza desnaturada, um desvio em relação ao funcionamento biológico típico. O século XVIII fez do monstro não somente um objeto, mas um instrumento da ciência escreveu Canguilhem (2002), o que mostra que a anomalia pode desde então explicar a formação do normal, uma vez que o patológico é apenas o normal impedido ou desviado.

Como passou a se tornar algo pensável, a loucura acabou deixando para trás o outro radical da razão, ela é uma razão desarrazoada. E então, se o louco não é mais impensável, ele se torna suscetível a um discurso racional advinda da ciência psiquiátrica e de práticas de redução do desvio em relação à norma e à terapêutica. Inclusive foi isso que acabou possibilitando com que Pinel liberasse os loucos de suas correntes, separando-os daquele que na época eram chamados de prostitutas, ladrões e mendigos”, objetivando recluí-los no hospício. Assim, segundo Vermeiren

(2013), com o nascimento da psiquiatria, tornou-se louco aquele que passou a ser excluído da convivência social a partir do desvio de um funcionamento biológico típico, aquele ao qual, no sentido literal, falta um compartimento, de acordo com os trabalhos de Broca sobre as localizações cerebrais.

2.3 “Louco-Criminoso”: percepções dos profissionais do HCTP de Cariacica

O Hospital “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, conforme já descrito, destina-se a internação e tratamento de sujeitos diagnosticados como psicóticos em decorrência do cometimento de alguma infração para cumprimento de medida de segurança, conforme previsto no artigo 99 da Lei de Execuções Penais n.º 7.210 de 11 de julho de 1984, ou para realização de perícia criminal quando houver dúvidas quanto ao estado da saúde mental do condenado.

Contudo, é importante esclarecer que a medida de segurança consiste em sanção diversa da pena, aplicada em sua maioria aos portadores de transtornos mentais de acordo com o estabelecido na Classificação Internacional de Doenças – CID 10 que praticaram ato considerado ilícito.

Ou seja, a condição para internação no HCTP é a prática de crime associada à doença mental segundo estabelecido na legislação brasileira em vigor. Segundo Foucault (2010), o psiquiatra se torna efetivamente o juiz, instruindo efetivamente o processo, e não no nível de responsabilidade jurídica dos indivíduos, mas no de sua culpa real. O duro ofício de punir vê-se alterado para o ofício de curar.

Neste subcapítulo passo a discutir, a partir da consolidação das informações, a temática quanto a produção do “louco-criminoso” sob a perspectiva das entrevistas realizadas com os profissionais do Hospital. Para tanto, foram entrevistados 20 (vinte) profissionais lotados naquele Hospital e as entrevistas serão dispostas aqui por tema: loucura, periculosidade e crime.

Quanto ao questionamento sobre a definição dos internados sob medida de segurança, os profissionais do HCTP se manifestaram em relação às seguintes perguntas:

2.3.1. Loucura

Como você definiria os sujeitos internados sob medida de segurança no HCTP

São os excluídos da sociedade, os que estão à margem, que a família não quer e que não sabem como dar conta, não tem o apoio de ninguém. O Estado é omissivo e não dá estrutura através das redes de saúde, das Unidades de Saúde, CAPS. Se eles tivessem o tratamento quando diagnosticado, se família percebesse mudança de comportamento, não estariam aqui, nem teriam passado pelo crime. Porque estaria medicado, teria acompanhamento, atividade, pois temos indivíduos que são esquizofrênicos e trabalham porque estão estabilizados (Entrevistado T4).

Pessoas que precisam de carinho, família e tratamento medicamentoso. Indivíduos rejeitados pela família e sociedade. Tratamento totalmente diferenciado de outros tratamentos psiquiátricos. Tratamento de família. Muitos tem o que não tem lá fora: família. O respeito que tratamos eles, o carinho. Os agentes que chegam de outras unidades prisionais tem uma visão e chega aqui e muda a concepção. Criam uma boa relação, muito bacana com agentes (Entrevistado T7).

São pacientes psiquiátricos que precisam de tratamento para tentar voltar a convivência à sociedade. O tratamento do HCTP é muito bom por meio de remédio, terapia, assistente social (Entrevistado T15).

Os pacientes que temos aqui, na maioria dos casos são psicóticos, casos de esquizofrenia, bipolaridade. Não seria o perfil mas temos dependentes químicos que precisam de tratamento (Entrevistado T11).

Tenho observado que essas pessoas tem uma história de vida, sofrida, traumas. Às vezes não sofreu violência física mas psicológica, de mãe, amigos, vizinhos desde a infância e tem hora que a pessoa explode. E ai fala-se que essa pessoa é louca, surtou. Mas não foi de repente, é um acúmulo. Fico com pena. São pessoas que possuem somatória de carências. O Estado não proporciona condições para a família criar a criança (Entrevistado T6).

Doentes que passam por tratamento adequado, porque na rua eles não seguem. Geralmente voltam. A falta de medicação é o fator determinante para a periculosidade do interno (Entrevistado T18).

São doentes que tem que tomar medicação e se alimentar. Aqui é para tratamento. O problema é do lado de fora. A maioria volta para cá (Entrevistado T16).

A cultura do louco acaba distanciando as pessoas. A família só vai perceber quando a pessoa surta. Nunca levou ao médico. Como foi a vida dele? Como era na escola? Se desde cedo tivesse buscado tratamento não teria chegado onde chegou. A família deveria saber a quem procurar e não no momento do surto. A loucura tinha que ser desmitificada. Preventiva. De médico e doido cada um tem um pouco. Qualquer pessoa pode surtar em algum momento dependendo da situação que está vivendo. Devendo desmistificar e dar informação as pessoas (Entrevistado T1).

Há uma verdadeira etnia de pessoas de diversos níveis sociais, tenente com comportamento exemplar. Já tivemos uma pessoa que cultuava a religião mulçumana e praticava o ramadã (jejum de 30 dias) que apavorou o corpo clínico. Trabalho há 36 anos aqui dentro (Entrevistado T2).

Abandono de familiares. Um paciente ficou muitos anos aqui e o Juiz deu a liberdade dele. Aí o indivíduo falou para o Juiz que prenderam ele muito tempo no HCTP, que ele perdeu a família, valores e que, portanto, não queria mais sair (Entrevistado T8).

Tinha um paciente que estava no Hospital Adauto Botelho e queria voltar para HCTP. Informaram para o indivíduo que ele não tinha mais crime. O sujeito então perguntou se tinha que ter crime para voltar para o HCTP. Responderam que sim. Aí ele cometeu homicídio e voltou para cá (Entrevistado T14).

Marques (2004), ao citar a obra *A Casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha* de Douglas Tavolaro, mostrou que muitos dos internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha antes de praticar um homicídio, ou cometer qualquer tipo de crime, os próprios doentes ou suas famílias buscaram auxílio nas instituições públicas e não foram atendidos (MARQUES, 2004).

A descoberta de medicamentos que permitiram “aliviar o sofrimento humano” podem culminar na busca pela solução química de problemas existenciais, no ato de delegar a uma droga de última geração a responsabilidade de lidar com frustrações intransferíveis e dores cotidianas (EHRENBERG, 1995 *apud* FERREIRA; MIRANDA, 2001).

O que se pode extrair da manifestação dos profissionais é a percepção da ausência do Estado como garantidor de condições mais humanas para esses sujeitos e, portanto, certa reivindicação do fazer viver presente tanto no biopoder quanto na biopolítica apresentados pela analítica foucaultiana, na medida em que não oferta tratamento, inclusive com a disponibilização de medicamentos, a história de vida do indivíduo, de abandono familiar e de rejeição da própria sociedade que acabaram por afetar diversos aspectos da vida desses sujeitos, tendo como principal referencial a loucura e não o crime, bastando para tanto seu tratamento.

2.3.2. Periculosidade

Você considera perigosos para a sociedade aqueles indivíduos internados no HCTP sob medida de segurança? Por quê?

Sim. São pessoas, que por uma vulnerabilidade social, falta de instrução, elas cometem o crime. O paciente comete o delito no momento do surto e conseqüentemente não sabe o que fez. Todas as pessoas internadas fazem tratamento medicamentoso aqui (Entrevistado T4).

Para a sociedade do lado de fora sim, potencialmente, mas aqui não (Entrevistado T15).

Não os consideram perigosos e sim doentes que precisam ser tratados (Entrevistado T11).

Sim. Mas nós aqui, com o tempo, perdemos o medo. O nosso maior problema não é nem ele ficar aqui por 03(três) anos, é a família e a sociedade não aceitá-lo de volta. O cara está tranquilo, consciente, você conversou com ele. Aí ele vai para rua, para de tomar medicação. É triste para nós, pois, ninguém quer. Realmente é difícil para família tomar conta de uma pessoa 24 horas. A família cansa. Realmente é difícil (Entrevistado T20).

Chegou um ponto que ela precisa de tratamento, mas a partir do momento que toma o remédio a necessidade dela passa. A medicação precisa chegar aos CAPS. Será que ele vai encontrar medicação lá? Não pode ficar um dia sem ela. Aqui tem medicação todos os dias. Vão 03 (três) ou 04 (quatro) vezes ao mês ao médico, por isso não tem recaída. O tratamento é realizado no HCTP para ver a melhora dos pacientes e integrá-los à família. São tratados com carinho e respeito (Entrevistado T6).

Para a sociedade sim. Não acredito que a falta de tratamento do lado de fora e remédio necessariamente é o que os levam a praticar o crime. Tem gente que nasce com a patologia. Não há culpa. O tratamento oferecido aqui é muito bom. Se não continuar com as medicações ou por ingerir bebidas alcoólicas ou drogas podem surtar e acabam voltando para o HCTP. São doentes, alcoólicos e drogados também (Entrevistado T3).

Existe certa incoerência entre o familiar e o paciente. Já teve casos aqui, por exemplo, que a mãe tinha que fazer viagem à Itália e o filho era problemático. Ela mandava o filho para cá, pois tinha amizade com juizes e o juiz fazia cautela e mandava para cá. Nós pagamos a conta. A magistratura tem um forte poder sobre qualquer diagnóstico. Não adianta diagnóstico médico dizendo que não precisa de internação se o juiz quer (Entrevistado T2).

Eu não queria ser juiz, a própria magistratura prefere julgar como doença mental para dar uma resposta à sociedade (Entrevistado T17).

Podem se tornar perigosas se não tiverem o uso da medicação adequada, intra e extramuros. Eu entendo que por não terem sido tratados culminou no

ato criminoso através do surto. A realidade do tratamento do que a gente chama de louco não é bonito. Trabalho no meio deles. Eles estão medicados e controlados e não dopados. Como vou trabalhar com pessoas entupidas de remédio? Aqui eles não estão dopados. Eles conseguem realizar atividades. O HCTP é resultado de uma vida com tratamento (Entrevistado T1).

No ordenamento jurídico penal atual, a questão da periculosidade criminal se encontra exposta especialmente ao tratar das denominadas medidas de segurança. Tais medidas, consistentes em internação em hospital de custódia e são destinadas àqueles indivíduos avaliados como inimputáveis, em decorrência da ausência de autodeterminação por terem cometido algum ato penalmente punível e que são supostamente dotados de algum grau de periculosidade.

A periculosidade é, portanto, um juízo de probabilidade de que novos crimes sejam praticados. Um juízo sobre o comportamento futuro do agente, constituindo-se uma verdadeira “ficção jurídica” (FRAGOSO, 1981, p. 16), posto que não existe fórmula positiva ou científica para determinar a periculosidade do indivíduo.

É importante compreender e questionar certa possibilidade de previsibilidade do futuro atribuída ao perito médico, sobretudo, psiquiátrico, pois nesse jogo de responsabilizações, diagnósticos e decisões judiciais que ocorre entre a medicina e o direito a única certeza que se tem é a de que há certa arbitrariedade justificada por saberes científicos que agem de maneira teleológica ou determinista através de uma violência que opera no campo da subjetividade, na medida em que o sujeito é sujeitado à loucura.

Portanto, para Bissoli Filho (1988), a teoria da periculosidade restou tributária quase que exclusivamente de construções dogmáticas. O conceito de personalidade perigosa, produzido unicamente pela Dogmática Penal, é vago, confuso e caracterizado pela subjetividade (BISSOLI FILHO, 1988).

Já para Foucault (2010), a loucura não é sinônimo de indivíduos violentos, perigosos. O atrelamento entre loucura e perigo não é relação necessária ou intrínseca à natureza daquela, mas foi resultado de uma construção histórica. No entanto, é possível verificar a governamentalização de certas práticas discursivas através de ponderações amparadas na ideia de que “todos os delinquentes são perigosos, em maior ou menor grau, pelo simples fato de terem praticado um crime” (PRADO, 2010,

p. 629), e que o uso de psico-fármacos passou a ser compreendido como medicamentos capazes de atuar diretamente sobre a estrutura biológica do sofrimento humano, controlando suas condutas e impulsos supostamente descontroláveis, garantindo certa ideia de estabilidade. Portanto, mediante as afirmações supramencionadas é possível verificar que a periculosidade está atribuída a um olhar subjetivo, ainda que haja parâmetros e conceitos na norma para a definição do que se entende por perigoso.

2.3.3. Crime

Você considera os indivíduos internados sob medida de segurança no HCTP criminosos?

Sim. Por ter cometido o delito. Porém, qualquer pessoa, doente ou não é agressiva, pode cometer o delito, por exemplo, chega uma notícia aqui agora dizendo que alguém pegou meu filho, certamente não responderei por meus atos naquele momento, mas pagarei por isso. Diferente de uma pessoa que tem transtorno que do nada cometeu o crime. Dos 09 (nove) anos que estou aqui, nunca recebi caso de paciente que estava medicado e que cometeu delito. Na maioria dos casos, não fazia acompanhamento certinho, misturava medicação com bebida ou drogas (Entrevistado T4).

Sim. Quando os indivíduos entram não sei o crime que praticou. Aprendi que quando entram são indivíduos que serão tratados de maneira igual. Quando sai na mídia fico sabendo o crime, caso o contrário não (Entrevistado T20).

Muito complexo culpabilizar quem não tem consciência. É mais fácil para mim e mais aceitável entender que um indivíduo cometa um crime em momento de insanidade do que entender uma pessoa que comete o crime tendo consciência do que estava fazendo. Essa frieza me choca muito mais do que se deparar com uma doença mental que um cara num momento de surto ele agiu contra a vida de uma pessoa. Trabalhei muito com isso em outra penitenciária durante 05 (cinco) anos. Eles me contavam que, geralmente no surto não estava tomando medicação tendo ideias persecutórias, achou que a mulher iria matá-lo, criou uma fantasia e acabou matando a pessoa. Quando a pessoa tem doença mental geralmente comete o crime no surto ou estava fantasiando há muito tempo o crime e em determinado momento isso acontece. Já li há muitos anos, antes de trabalhar em hospital psiquiátrico, uma história que um homem começava a catalogar as pessoas que tinham comportamentos estranhos. Esse cara é doido. Separava um, outro, e só sobrou ele. Logo ele chegou a seguinte conclusão: se todos estão presos e eu solto, o louco sou eu. Essa questão da loucura é muito relativa. O que você espera do outro, o que é certo e errado. As sociedades são diferentes. O direito nunca vai dar conta do ser humano, pois somos uma diversidade. Claro que toda sociedade tem suas normas de convivência e precisamos

dela, mas nunca vamos dar conta um a um, isso é certo. Às vezes o que é absurdo para você para outra pessoa com as condições que ela viveu é totalmente normal, não estou falando que é correto. Abuso sexual infantil. Existia há muito tempo. Só que agora instituímos leis para isso. Hoje temos essa leitura. Talvez a pessoa da roça não tenha esse conhecimento. Talvez para eles não seja tão absurdo (Entrevistado T1).

Para alguns autores, dentre eles Alvarez (2005) e Shecaira (2004), por exemplo, a criminologia surge no século XIX com a edição de “O Homem Delinquente”, em 1876, de Cesare Lombroso, dando à criminologia status de ciência.

Ferri (2009) propôs uma divisão dos criminosos por tipos: os que se dedicavam exclusivamente ao roubo enquanto outros eram homicidas, dentre outros tipos. De qualquer maneira, era este um ser “desgraçado” do qual não se deveria sentir ódio pelas suas condutas criminosas. Sem ódio e sem vingança da sociedade pelo seu delito, era necessária a defesa do corpo social, pois, o delito é uma forma de anormalidade humana da qual temos a necessidade de se defender.

[...] ele [o criminoso] é sempre um desgraçado, mas é um ser perigoso para a sociedade, para a moral pública, para a família e para a civilização humana. Sondei a alma dos criminosos; introduzi e procuro introduzir na justiça humana, o sentimento humano da clemência, mas também o sentimento da regeneração moral, também o sentimento da defesa do homem honrado contra o bandido; porque assim como o louco perigoso deve ser fechado no manicômio e não pode ser maltratado, assim também penso que a civilização de amanhã fará do criminoso um doente para curar, muitas vezes para redimir, e que pode voltar a ser irmão e cidadão honesto (FERRI, 2009, p. 173).

Para Beccaria (2010), eram as pessoas comuns que deveriam realizar o julgamento já que no entendimento do autor “[...] para julgar [...] é suficiente o simples bom senso: guia menos enganador do que todo o saber do juiz acostumado a procurar apenas culpados por toda a parte e levar tudo ao sistema que adotou segundo os seus estudos” (p. 29), e termina afirmando: “Feliz a nação entre as quais o conhecimento das leis não é uma ciência” (p.29).

No século seguinte, a decisão sobre os encaminhamentos destinados ao crime deveria ficar nas mãos de estudiosos, ou seja, apenas estes estariam autorizados a falar e decidir sobre o criminoso, segundo a percepção de Ferri (2009), defendendo a retirada de leigos do processo judiciário, a fim de manter o aparato jurídico sob a decisão de médicos e juristas unicamente.

Para (CARRILHO, 1925) os hospitais-prisões ou asilos eram reclamados para o trato com o criminoso de uma forma geral (CARRILHO, 1925). Como doentes, os mesmos precisariam ser tratados. Importante enfatizar que a reclusão por si só, proporcionada pela prisão tradicional, não seria capaz de trazer a regeneração dos indivíduos. Logo, o ideal das organizações penitenciárias será o da substituição das prisões depósitos pela criação de prisões-escolas e prisões-reformatórios, onde haverá a substituição da noção de castigo pela de cura e readaptação do delinquente à ambiência social, conforme Ramos (1937), muito embora em um contexto em que a noção de criminoso e de louco se colocam de maneira imprecisa.

O tratamento carcerário deveria ser individualizado, com minucioso exame clínico, classificando e dividindo os indivíduos de acordo com a observação e assistência clínica (RAMOS, 1937; CARRILHO, 1930; RODRIGUES, 1894). Porém, caso não haja a regeneração ou perda da periculosidade desses sujeitos, imprescindível que estes permaneçam reclusos, pois a defesa social deve ser o norte das políticas em relação à loucura e ao crime. Lembrando que os autores supramencionados, embora tenham vivido em outra época na qual as verdades acerca desse campo eram produzidas e tratadas de um ponto de vista amparado na segregação, acabavam adotando entendimentos que hoje seriam absolutamente questionados por certas perspectivas teóricas, a exemplo da analítica foucaultiana e demais abordagens que operam dentro de uma racionalidade anti-manicomial.

O manicômio judiciário representou um dos clamores públicos capitaneados por certas verdades facilmente questionáveis, oriundas de setores conservadores que visavam tratar os indivíduos cuja trajetória era marcada pela loucura e crime (CARRILHO, 1944; RAMOS, 1937). A inclusão do Manicômio Judiciário ao encaminhamento oficial daquele categorizado como louco infrator era vista como um avanço por respeitar os princípios da divisão e classificação, mantendo os sujeitos tratados como “alienados” de uma forma geral em local separado daqueles entendidos como “alienados delinquentes” em decorrência do seu papel na prevenção da criminalidade (CARRILHO, 1944).

A extradição de imigrantes e a criação de hospital-prisão para o louco-infrator foram práticas correntes naquele período. Estas medidas, ao longo da história, foram

desacreditadas enquanto formas científicas para a solução de males sociais como o crime e a loucura.

O entendimento observado nas afirmações dos autores e dos profissionais é que criminoso é aquele que praticou um delito. Portanto, confirma-se o paradoxo existente entre o crime e a loucura no HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”. É o que nos demonstra a história de “Chico Picadinho”.

Há 37 anos, em 3 de agosto de 1966, a bailarina austríaca Margarethe Suida foi achada estrangulada, com um cinto de couro preto, na banheira de um apartamento da Rua Aurora, região central de São Paulo. O corpo estava totalmente mutilado. O apartamento pertencia ao vendedor de livros e consórcio Francisco Costa Rocha, que a convidara para ir a seu apartamento. Após praticar o delito, Francisco Costa Rocha lavou-se e procurou um amigo a quem confessou o assassinato. Pediu dinheiro a ele para que pudesse fugir de ônibus para o Rio de Janeiro, onde tinha família.

Após o embarque de Francisco Costa Rocha, o médico procurou a polícia e denunciou o fato. Francisco Costa Rocha foi preso dois dias depois em um apartamento em Copacabana. Levado a São Paulo, confessou o ato tipificado como crime (crime). Mas não soube dizer porque esquartejou o corpo. Foi condenado, em 1968, a 17 anos de prisão. Teve a pena comutada várias vezes por bom comportamento. Chegou a se casar na prisão, mas o casal se separou antes do nascimento da filha. Francisco Costa Rocha foi colocado em liberdade após cumprir 8 anos de condenação (loucura).

A libertação foi possível com o aval de psiquiatras e peritos forenses. Eles atestaram que Francisco Costa Rocha estava recuperado e apto para voltar a viver em sociedade (Cessação da periculosidade). Dois anos depois de ser libertado, ele voltaria atacar, em 14 de setembro de 1976, onde tentou matar por esganadura a profissional do sexo Rosemarie Michelucci, num hotel na zona leste de São Paulo. A mulher gritou e lutou muito. Conseguiu escapar. No dia 16 de outubro de 1976, Francisco Costa Rocha estrangulou e esquartejou outra mulher: outra profissional do sexo chamada de Angela de Souza da Silva, conhecida como a "moça da peruca".

O crime aconteceu num apartamento que o autor do ato tipificado como crime dividia com um amigo na avenida Rio Branco, centro de São Paulo, região da "Boca do Lixo".

Francisco Costa Rocha tinha conhecido sua vítima horas antes, em um bar daquela região. Após a sua ação, ele voltou a fugir para o Rio de Janeiro. Foi preso 28 dias depois, numa praça de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, quando lia uma revista que relatava sua vida de crime.

Francisco Costa Rocha foi condenado novamente. Somando os dois delitos, ele já cumpriu 35 anos de condenação (crime) e continua preso até hoje no Hospital de Custódia e Tratamento de Taubaté, em São Paulo (periculosidade). Deveria ter sido colocado em liberdade em 1998. A legislação estabelece que ninguém pode ficar preso mais de 30 anos. Com base em laudos médicos e psiquiátricos, o Ministério Público de São Paulo conseguiu a interdição de "Chico Picadinho" na Justiça Civil. O motivo: Francisco Costa Rocha é incapaz de gerir seus próprios atos e se for solto voltará a esquartejar e assassinar outras pessoas. Ele cumpre uma espécie de prisão perpétua (Periculosidade) ⁶.

2.4 Delírios da Realidade

As percepções que identifiquei ao longo da pesquisa serão aqui demonstradas, todas com sua importância, ainda que não se refiram diretamente ao objeto da dissertação, a partir da narrativa da então Diretora do HCTP, sobre alguns aspectos da história do Hospital, tendo como marco inicial o ano de 2006.

Segundo a percepção da Direção do HCTP houve a necessidade de reformulação de alguns conceitos, pois esses indivíduos não tem entendimento dos seus atos, sendo

⁶ Informações extraídas de <http://redeglobo.globo.com/Linhadireta/0,26665,4625-p-200405,00.html> , no dia 11 de outubro de 2015.

abolida a referência preso, passando a ser tratados como pacientes. As celas também passaram a ser chamadas de enfermarias.

Servidores da segurança que ninguém queria sofriam como castigo ao trabalhar no HCTP. Não havia medicação para os indivíduos internados que eram tratados como presos comuns. O hospital era visto como rota de fuga de presos. Qualquer tipo de preso era internado no HCTP. Os agentes penitenciários estavam doentes: depressivos e com problemas alcóolicos (Diretora do HCTP).

Essa foi a situação relatada pela Diretora quando da sua nomeação como responsável do Hospital “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” em 2006.

Resolvi realizar um resgate na segurança. Devolvi todos os presos para os presídios de origem, e passei a aceitá-los somente com determinação judicial. Os internados passaram a ter contato com água para higienização; Criei as rotinas para uma melhor qualidade de vida; Retirei todas as madeiras e barras de ferros dos agentes, e os funcionários passaram a ser os cuidadores dos internos. Comecei a fazer uma seleção de agentes penitenciários para trabalhar aqui.

No entanto, o Estado do Espírito Santo realiza concurso de agente penitenciário, contrata-os por designação temporária e os comissiona para trabalhar nas Unidades Prisionais e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”, todos subordinados à Secretaria de Estado da Justiça – SEJUS, por isso inicialmente foi difícil compreender o porquê da seleção. A intenção da Direção na escolha dos profissionais é aproximar o perfil do custodiado com o perfil dos agentes, buscando humanizar as relações vivenciadas naquela Unidade.

A partir dos relatos, emerge uma questão: trata-se de um hospital ou de um presídio? Isso porque há um paradoxo, pois a diretora exige tratamento hospitalar para presos, chamando-os de pacientes, funcionários de cuidadores, sem que a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo tenha gestão ou gerência sobre serviço de saúde do HCTP, pois, segundo ela, cabe a Secretaria custodiar presos (ou seriam internos e/ou pacientes?).

Esta contradição encontra-se no diálogo com a direção do HCTP quando questionada sobre a finalidade do hospital e quanto a contribuição da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) para a gestão daquele serviço, com afirmativa que o estabelecimento é voltado a custódia de presos submetidos a medida de segurança.

CAPÍTULO 3

3 O HOSPITAL DE CUSTÓDIA, TRATAMENTO E OS DESINTERNADOS

3.1. Hospital de Custódia

Com a finalidade de fornecer locais específicos para a reclusão de doentes mentais que infringissem as normas legais, foram criados os manicômios judiciários, locais específicos para a custódia desses sujeitos. Inicialmente não se tinha a ideia de tratamento ou ressocialização dessas pessoas, sendo os manicômios judiciários locais de mera exclusão do convívio social (RIGONATTI et al., 2014).

O surgimento do manicômio judiciário está relacionado às discussões sobre crime e transgressão, justificadas pelo aumento da criminalidade nas grandes metrópoles devido ao acelerado processo de urbanização e industrialização na passagem do século XIX. O manicômio judiciário surge então como um local para os supostos anômalos morais, percebidos como intermediários entre loucura e sanidade, responsabilidade moral e irresponsabilidade (CARRARA, 1998).

O manicômio judiciário como lugar de mera exclusão de indivíduos foi estabelecida em decorrência da ideia de periculosidade inerente ao denominado louco infrator. Por conta dessa suposta característica desses pacientes, a proteção social seria obtida por meio de sua reclusão social. Logo, a ideia de “resguardar” a sociedade de pessoas incapazes de responder por seus atos foi o que propiciou o surgimento dos manicômios judiciários (RIGONATTI et al., 2014).

Importante salientar que a naturalização da loucura como perigosa é uma construção histórica que só foi possível a partir de uma mudança essencial ao longo do século XIX na maneira de punir os indivíduos: o surgimento da figura do delinquente, onde se deixa de punir o crime e o corpo do infrator e passa-se a punir o criminoso e sua alma (FOUCAULT, 2009; 2010).

Ou seja, os doentes mentais passaram a ser encaminhados aos manicômios judiciários e não mais a hospitais psiquiátricos comuns e presídios. No Brasil, somente após o caso do crime de Custódio Alves Serrão, em 1896, que a necessidade de um local próprio para aqueles sujeitos diagnosticados como doentes mentais infratores ganhou destaque, sendo que o primeiro estabelecimento dessa natureza foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1921 por meio dos esforços do Doutor Juliano Moreira. Essas instituições apresentavam um caráter ambivalente, já que era vista pela sociedade como um meio de punir os loucos criminosos que, no entanto, para a lei eram considerados inocentes (RIGONATTI et al., 2014).

Ressalta-se, porém, que a prisão, embora criticada desde sua criação permanece como uma instituição central para punição dos indivíduos, considerada funcional aos dispositivos disciplinadores da sociedade. É, portanto na instituição prisional que irão surgir e se apoiar uma série de saberes científicos responsáveis pelo estudo e docilização dos corpos e almas daqueles sujeitos classificados pela lei como criminosos (FOUCAULT, 2009), mas também como doentes, uma vez que se encontram nesse espaço lacunoso entre a condição de criminosos e/ou doentes mentais.

Para Foucault (2006), a diferença entre prisão e hospício é que no segundo as técnicas disciplinares de reforma de indivíduos não pode ser assumida como tal, e sim instituída por um discurso que precisa se afirmar como médico para manter seu estatuto de verdade.

Os manicômios judiciais, conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) perderam ao longo do século XX a adequação formal entre sua estrutura e aqueles que pretendiam abrigar um semi-hospício/semi-prisão para semi-loucos ou semi-criminosos (CARRARA, 1998).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico assemelham-se mais a presídios do que a hospitais, administrados inclusive pelo sistema jurídico-penitenciário e não pela saúde pública. (RIGONATTI et al., 2014). O HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” não foge à regra.

Contudo, a função social do manicômio passou a ser alvo de estudos e críticas de alguns autores, dentre eles, Foucault, Goffman, Basaglia, Castel, dentre muitos outros. Os movimentos de reforma psiquiátrica que preconizam o fim do manicômio e a superação de seu paradigma de exclusão e segregação da loucura sofreram influência da descoberta dos medicamentos psicotrópicos e da saúde pública nas instituições de psiquiatria (DESVIAT, 1999).

Os maus tratos e a exclusão social, segundo Haye (2007), durante séculos foram alternativas encontradas pelas sociedades para aqueles sujeitos tratados como loucos, assim como suas exclusões em asilos e manicômios passaram a ocorrer a partir do momento em que se desenvolveu a ideia de que a loucura é uma doença passível de cura. Por conseguinte, a psiquiatria surge como um saber capaz de diagnosticar e tratar os doentes mentais, sendo estes, cuidados em hospitais e instituições psiquiátricas, ficando a sociedade, por consequência, supostamente protegida dos seus desviantes.

Com o objetivo de reorganizar a assistência aos doentes mentais infratores, o Ministério da Justiça e Ministério da Saúde, em setembro de 2002, realizaram em Brasília o “Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”. O relatório final do evento reconheceu os pacientes internados nos hospitais de custódia como uma população sob responsabilidade também da área da saúde. Foi consensual a compreensão de que o Sistema Único de Saúde - SUS e a rede de atenção à saúde mental deveriam se responsabilizar pelo tratamento das pessoas internadas nos hospitais de custódia (RIGONATTI et al., 2014).

Os movimentos de reforma psiquiátrica surgiram no século XX, primeiramente na Europa e depois nos Estados Unidos, na chamada desinstitucionalização americana. A partir daquele momento, o termo passou a ser empregado amplamente no campo da saúde mental, sofrendo várias críticas por parte da psiquiatria convencional e positivista, geralmente indicando a superação das formas de exclusão e segregação do louco e, principalmente, indicando um paradigma que objetiva sua autonomia e reinserção social (LOUGON, 2006).

Neste contexto, a reforma psiquiátrica passou a ser compreendida como processo histórico de determinada sociedade para reorganizar o sistema de atenção psiquiátrica baseado no manicômio e na psiquiatria conservadora, enquanto que desinstitucionalização foi entendida como o processo prático-crítico que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções (ROTELLI et al., 1990).

Segundo Diniz (2013), no Brasil existem inúmeros sujeitos tratados como loucos infratores que vivem em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, homens e mulheres, internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios. A sua invisibilidade não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. Os manicômios abriram suas portas, e o tratamento em regime asilar passou a ser descrito como inumano. A sequestração do louco foi contestada não apenas pelos saberes biomédicos e jurídicos, mas principalmente pela comunidade de indivíduos em sofrimento mental. Mas nem todos aqueles diagnosticados como loucos foram incluídos nesse amplo regime de revisão da legislação no Brasil.

Os hospitais destinados aqueles sujeitos diagnosticados como loucos, mas que cometerem ato tipificado como crime e foram condenados, resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001, ocasião em que houve uma reorientação do cuidado da loucura: do modelo asilar para o ambulatorial (BRASIL, 2001).

O que se observa no decorrer da história é que os manicômios judiciários ainda não alcançaram por si só atingir seu objetivo de libertar aqueles sujeitos que estamos chamando de “louco-criminoso”, uma vez que eles não conseguiram se desvincular da instituição, apesar de todos os esforços impressos pela reforma psiquiátrica, perpetuando a ideia de que os hospitais psiquiátricos são imprescindíveis e necessários para o tratamento e cuidado desses indivíduos.

3.2 Desinternados: descaracterização do “louco-criminoso”?

O HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” possui 65 (sessenta e cinco) internados, sendo que 08 (oito) destes encontram-se na condição de “desinternados”, ou seja, já possuem sentença de desinternação dada pelo juiz por meio de audiência que ocorre no próprio hospital, porém, ainda permanecem internados.

Segundo Diniz (2013), a casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo.

Na expectativa de identificar os desinternados, indivíduos que foram submetidos a medida de segurança no HCTP “Doutor Antônio Batalha de Barcellos” e que já a cumpriram, apliquei alguns questionamentos para 04 (quatro) deles, ainda que possam ser considerados ingênuos, tendo como premissa o paradoxo atribuído à trilogia loucura, periculosidade e crime, que nos infere a necessidade de reflexão quanto a desconstrução do louco-criminoso.

Estou aqui há 3 anos e 4 meses. Tenho 29 anos. Vim parar aqui porque comi 02 (dois) cogumelos. Lá fora estudei até a 8ª série. Não estudo aqui porque aqui só tem até 5ª série. Trabalhei numa oficina de carros antes de vim pra cá. As vezes pinto, vejo filme e jogo futebol aqui. Fico junto de todo mundo. Fico com mais 03 (três) pessoas no quarto. Como lá embaixo no refeitório. Sou católico, mas assisto ao culto evangélico. Minha mãe teve derrame e tenho 12 irmãos. Não recebo visita há 03 anos e 04 meses. Sei que sairei daqui, mas não sei quando. Tem dominó e baralho onde durmo. Não tem televisão no quarto. Estou ansioso para sair. (P1)

Tenho 42 anos. Sou de Muniz Freire. Briguei com minha mãe. Não estudo porque não quero. Jogo futebol. Assisto televisão o dia todo. Estou aqui há 05 (cinco) anos. Tenho mãe e 09 (nove) irmãos. Ninguém me visita tem 06 (seis) anos. Durmo com mais 17 pessoas. Estou aqui igual todo a mundo. Quero ir embora. É até bom viver aqui só que na minha casa é melhor. Acho que vou sair daqui. O juiz falou que vai arrumar lugar para mim. Uso remédio só aqui dentro. Ajudo na faxina. Não tem filho e sou solteiro. (P2)

Falta assinatura da minha família para eu sair. Tenho pai, mãe, 05 (cinco) irmãos, uma companheira e um filho. Estou aqui há 05 (cinco) anos. Recebo visita. Estou aqui porque joguei fogo na casa da minha mãe e por causa de drogas. Tenho até 8ª série. Tenho 33 anos e sou de Aracruz. Pinto, assisto filme e jogo bola. Passo a maior parte do tempo vendo televisão. Estou lendo o livro do padre Marcelo Rossi. Assisti a um filme que gostei muito: a virada. História de um cara que vendia carros e fazia coisa errada. Encontrou Jesus

e virou evangélico. Isso pode acontecer com qualquer um. Acredito nisso. Gosto de ficar aqui, mas prefiro ficar em casa. Trabalhei como motorista de caminhão, frentista, encanador e jardineiro. Estou com muita vontade de sair. Tomo 7 remédios 2 vezes ao dia só para dormir. Remédio faz bem. Um dia eu paro. Tive fuga da prisão. Nunca sai daqui. (P3)

Não sei minha idade. Nasci em Vitória. Meu irmão bateu muito em mim e meti duas facadas nele. Nunca recebi visita. Tem muito tempo que estou aqui já. Estudo aqui sim. Estou na 2ª série. Não tem televisão no meu quarto. Tem dominó e batalho lá em cima. Eu preciso de remédio "uai". Gosto de tomar remédio porque deixa calmo. Tenho muita vontade de sair daqui. Estou esperando o juiz para eu sair. Faço as coisas em grupo. Sou aposentado da Vale. Tenho dinheiro no banco. Não gosto de baralho e dominó. Capino o jardim daqui. Assisti meu malvado favorito e adorei. (P4)

A citação inicial e as respostas obtidas com os desinternados nos leva a depreender que a rejeição da família e ausência e/ou insuficiência de políticas públicas de Estado, perpetuam sua condição de "louco-criminoso", na medida em que a rotina desses sujeitos se confunde com as dos demais internos, senão a mesma. Tal entendimento se justifica na medida em que o mesmo encontra-se internado no HCTP, cessada a periculosidade e cumprida sua medida de segurança.

Segundo Rigonnatti et al (2014), os hospitais de custódia extrapolam sua capacidade assistencial com conseqüente sucateamento do sistema e precariedade na assistência e na realização dos exames periciais. Assim, muitos não recebem tratamento adequado, ou já tratado, além de aguardarem meses para exame de cessação de periculosidade, tornando a situação destes sujeitos dramática: uma verdadeira prisão perpétua.

As instituições e o próprio sistema penal responsáveis por cuidar de doentes mentais que cometeram crimes submetem esses sujeitos a uma espécie de prisão perpétua, pois após a entrada, poucos conseguem sair, mesmo quando cessa sua periculosidade (COÊLHO, 2014).

De acordo com estudo realizado por Diniz (2013), haviam 18 (dezoito) indivíduos no ano de 2011 na condição de internados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico há mais de 30 (trinta) anos, representando 0,5% da população total do censo, 3.989 (três mil novecentos e oitenta e nove).

Há, no entanto, outro grupo que desafia essa tese: são os 606 (seiscentos e seis) indivíduos internados há mais tempo que a pena máxima em abstrato para a infração

cometida, correspondendo a 21% da população em medida de segurança no País (BRASIL, 2012 *apud* DINIZ, 2013).

Dados do Ministério da Justiça indicam que até 35% das pessoas submetidas a medidas de segurança nesses locais possuem atestado de que não são mais perigosas. A Constituição é clara na proibição da prisão perpétua. Sendo assim, se poderia afirmar que os manicômios judiciários vem agredindo a Carta Magna, na medida em que passaram a segregar seus internos à períodos superiores aqueles estabelecidos a presos comuns, que muitas vezes encontram-se em condição de alta periculosidade (COELHO, 2014).

Assim, ainda há pessoas internadas em regime de abandono perpétuo: trinta anos é o limite da pena a ser imposta pelo Estado aos indivíduos imputáveis, segundo decisão do Supremo Tribunal Federal. Entretanto, o censo encontrou dezoito indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Jovens, eles atravessaram os muros de um dos regimes mais cruéis de apartação social. Idosos, eles agora esperam que o Estado os corporifique para além dos números aqui apresentados e reconheça-os como indivíduos singulares com necessidades existenciais ignoradas em vários domínios da vida (DINIZ, 2013).

Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais. Tão significativos quanto a desconstrução do estigma de que a loucura seria violenta por uma expressão essencial do indivíduo são os dados que mostram a estrutura inercial do modelo penal-psiquiátrico do asilamento (DINIZ, 2013).

As pesquisas realizadas demonstram que maioria dos indivíduos internados nestes hospitais não deveriam estar em restrição de liberdade, seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, uma vez que estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta (DINIZ, 2013).

Indiscutivelmente são necessárias políticas públicas mais eficazes que garantam os direitos não apenas de moradia perpétua desses indivíduos, mas da vida que passa em branco numa realidade de “paz” identificada em um “hospital”. Ou seria prisão?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho me possibilitou diversos olhares para identificação dos indivíduos que estão sujeitos à medida de segurança, que chamei de “louco-criminoso”, mas, supostamente não podem ser responsabilizados justamente por serem diagnosticados com transtornos mentais, demonstrando a existência de lacunas entre loucura e crime, tratamento e custódia. As investigações por mim realizadas, possibilitou o entendimento da construção do louco, da loucura e da doença mental ao longo da história, seus discursos e práticas, identificando os sujeitos internados e os desinternados, na percepção dos profissionais Hospital “Doutor Antônio Batalha de Barcellos”.

A aplicação de questionamentos aos sujeitos envolvidos na dinâmica do hospital, profissionais e internados, me remeteram a conclusões da existência do paradoxo da trilogia: loucura, periculosidade e crime, desmitificada e afirmada no desenvolvimento da história dos saberes que garantem tais atribuições à esse tipo de sujeito autor de ato tipificado como crime, mas que foi diagnosticado com problemas de cunho psíquico, conforme os diversos autores mencionados neste trabalho. Possibilitou entender as relações vivenciadas naquele lugar, identificar os desinternados, indivíduos que foram submetidos à medida de segurança no HCTP, já com a cessação de sua periculosidade, na tentativa de desconstrução do louco-criminoso, mas que permanecem na instituição e, muitas vezes, sem expectativa de saírem daquele local.

Durante a narrativa e os estudos, observei a rejeição da família, a ausência e/ou insuficiência de políticas públicas de Estado que perpetuam a condição do indivíduo internado, sujeito a medida de segurança, eternizado sua condição enquanto “louco-criminoso”, condenado por essa condição à prisão perpétua, pois é o que se observa no decorrer dos séculos, uma vez que os manicômios judiciários não conseguiram por si só atingir seu objetivo de libertar esse sujeito ora tratado como louco ora como criminoso, apesar da Reforma Psiquiátrica, perpetuando a ideia de que os hospitais psiquiátricos são imprescindíveis e necessários para o tratamento e cuidado desses indivíduos.

Segundo (FOUCAULT, 2005), importante frisar que quando se faz história, história das ideias, do conhecimento, dos saberes, atemo-nos a esse sujeito de conhecimento, a este sujeito da representação, como ponto de origem a partir do qual o conhecimento é possível e a verdade aparece. Seria interessante tentar ver como se dá, através de uma história efetiva, típica de uma abordagem genealógica do poder, a constituição de um sujeito que não é dado definitivamente, que não é aquilo a partir do que a verdade se dá na história, porém de um sujeito que se constitui no interior da história e das práticas discursivas que incidem sobre ele, produzindo-o enquanto sujeito, e que é a cada instante fundado e refundado pela história. É na direção desta crítica radical do sujeito humano pela história que devemos nos dirigir.

Esta afirmação enquadra-se principalmente, no que se refere ao entendimento daqueles que se encontram em uma condição instável, situada entre a loucura e a criminalidade, em decorrência de uma ação em determinado momento de sua vida.

Contudo, importante destacar que as discursões sobre a temática dos sujeitos diagnosticados como psicóticos em decorrência do cometimento de alguma infração para cumprimento de medida de segurança e seus desdobramentos estão longe de ter um fim. Como observamos ao longo deste trabalho, existem inúmeros estudos sobre a condição daqueles sujeitos, das relações estabelecidas entre os internados, o papel do Estado, a insuficiência de políticas públicas, as discursões sobre os direitos humanos e a ressocialização. O objetivo foi elucidar o leitor para a realidade destes indivíduos identificados por “loucos-criminosos”, contribuindo para a assimilação de uma realidade muitas vezes esquecida.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, M. C. O homem delinquente e o social naturalizado: apontamentos para uma história da criminologia no Brasil. **Teoria e Pesquisa**, n. 47, 71-92, 2005.
- BECCARIA, C. **Dos delitos e das penas**. São Paulo: Martin Claret, 2010.
- BIRMAN, J. **A Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1987.
- BISSOLI FILHO, F. **Estigmas da criminalização**: dos antecedentes à reincidência criminal. Florianópolis: Obra Jurídica, 1988.
- BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, 9 de abril 4 de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CARRARA, S. **Crime e Loucura** – o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro, EdUERJ; São Paulo, EdUSP; 1998.
- CARRILHO, H. Considerações sobre prophylaxia mental e delinquencia. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, anno 1, I, 1925.
- CARRILHO, H. Da necessidade do exame medico-psychologico nos candidatos a livramento condicional. **Archivos de Medicina Legal**, anno 3, IV, jul. dez. Rio de Janeiro: Papelaria e Typographia Globo, 1930.
- CARRILHO, H. Relatório apresentado ao diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais. **Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho**, ano XXIV, n. 1 a 2, 1955. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais, 1944.
- CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COÊLHO, M. V. F. Manicômios judiciais são uma espécie de prisão perpétua **Revista Eletrônica Consultor Jurídico**; 20 de maio de 2014. Disponível em <<http://www.conjur.com.br/2014-mai-20/marcus-vinicius-manicomios-judiciais-sao-prisao-perpetua>>. Acesso em: 20 set. 2015.
- DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.
- DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura & Civilização, 1999.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os Estabelecidos e os Outsiders**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ESPÍRITO SANTO. **Projeto de Lei n.º 397, de 03 de novembro de 1999**, que deu origem a Lei 6.172 de 08 de fevereiro de 2000. Disponível em: http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/documento_spl/6477.pdf

FERREIRA, J.; MIRANDA, E. Consumo de psicofármacos: entre o cuidado de si e a sintetização da catarse. In FERREIRA, J.; SCRIBANO, A. (Eds.). **Corpos em Concerto**. Recife: Editora da UFPE, 2011.

FERRI, E. **Discursos de acusação** (ao lado das vítimas). São Paulo: Martin Claret, 2009.

FONTES, M. A Casa dos mortos. Debora Diniz. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 97-99, 2009. Disponível em <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/813/1455>

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005.

_____. **Em defesa da sociedade**: Curso no Collège de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **O poder psiquiátrico**: Curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, Território, População**: Curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Os Anormais**: Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 37. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. 6. Ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FRAGOSO, H. C. Sistema do duplo binário: vida e morte. **Revista Direito Penal e Criminologia**, Rio de Janeiro, Ed. Forense, n. 32, p. 5-21, 1981.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. Psicologia e Fotografia: revelações. In: LANCETTI, S. (Org.). **Saúde e Loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 121-129.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 8 Ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

HAYE, J. L. de La. **A morte do manicômio**: história da antipsiquiatria. São Paulo, Imaginário, Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2007. .

JACOBINA, P. V. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional**: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, Coleção Loucura&Civilização, 2006.

MACHADO, A. **A ilusão espetacular**: introdução à fotografia. São Paulo, Brasiliense, 1984.

MARQUES, E. (2004). **A Verdade**. A loucura sob custódia: crime, violência e perversão no manicômio judiciário. 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/itinerancia/salvador/verdade1.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

PIMENTEL FILHO, E.; VASCONCELOS, E. Foucault: da microfísica à biopolítica. **Revista Aulas**, Dossiê Foucault n. 3, 2007 Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1917/1377>>. Acesso em: 17 out. 2015.

PRADO, L. R. **Curso de direito penal brasileiro**: volume 1: parte geral: arts. 1º a 120. 9. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

QUEIROZ, P. de S. **Direito Penal**: uma introdução crítica. São Paulo, Saraiva, 2001.

RAMOS, A. **Loucura e crime**: questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1937.

REIS, A. O. A. Saúde mental, democracia e responsabilidade. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 11-15, 2010.

RIGONATTI, L. F. et al. Hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. In: CORDEIRO, Q; LIMA, M. G. A. (Orgs.). **Hospital de custódia**: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014. p. 71-75. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2015.

RODRIGUES, R. N. **As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil**. Editora Guanabara, 1894.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**: uma outra via. São Paulo, Editora Hucitec, 1990.

SHECAIRA, S. S. **Criminologia**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2004.

VERMEREN, P. O que é um louco? In: FONSECA, M. A.; MUCHAIL, S. T.; VEIGANETO, A. (Orgs.). **O mesmo e o outro** – 50 anos de História da loucura. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 11-22.

VEYNE, P. Foucault revoluciona a história. In: _____. **Como se escreve a história**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1995. p. 150-181.

APÊNDICE I

1. Você considera os indivíduos internados no HCTP sob medida de segurança perigosos para a sociedade? Por quê?
2. Como você definiria os sujeitos internados sob medida de segurança no HCTP?
3. Você considera os indivíduos internados sob medida de segurança no HCTP criminosos?

APÊNDICE II

1. Há quanto tempo está aqui?
2. Quantos anos você tem?
3. Onde você nasceu?
4. Qual crime você praticou?
5. Estuda? Qual série?
6. Trabalha?
7. Já trabalhou?
8. De quais atividades participa?
9. Tem família?
10. Recebe visita?
11. Ficam separados das outras pessoas?
12. O que você faz para se distrair?
13. Tem religião?
14. Gosta de ficar aqui?
15. Gostaria de sair daqui?
16. Você imagina que vai sair daqui?
17. Toma remédio?