



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Faculdade de Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



LÉO DIMMY CHAAR CAJÚ

**SUJEITOS EM MEDIDA DE SEGURANÇA: O “ANORMAL” DA POPULAÇÃO
CARCERÁRIA E DA POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

**CAMPO GRANDE/MS
2018**

LÉO DIMMY CHAAR CAJÚ

**SUJEITOS EM MEDIDA DE SEGURANÇA: O “ANORMAL” DA POPULAÇÃO
CARCERÁRIA E DA POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito final para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório.

**CAMPO GRANDE/MS
2018**

LÉO DIMMY CHAAR CAJÚ

**SUJEITOS EM MEDIDA DE SEGURANÇA: O “ANORMAL” DA POPULAÇÃO
CARCERÁRIA E DA POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito final à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Orientador

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes
Universidade Católica Dom Bosco
Membro Titular da Banca

Profa. Dra. Sônia da Cunha Urt
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Membro Titular da Banca

Campo Grande/MS, 6 de novembro de 2018.

Dedico este estudo aos sujeitos que são vigiados, coagidos e, por vezes, castigados pelas mais diversas estratégias e táticas do exercício dos poderes, assim como os loucos criminosos assujeitados à medida de segurança nos mais diversos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país ou em celas comuns.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas experiências possibilitadas neste estudo.

À minha mãe, fonte de inspiração no pensar sobre as questões da vida.

Ao professor Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório, amigo e orientador, pelo norte sugerido no estudo.

Às autoridades e servidores da AGEPEN/MS, pela disposição no levantamento de informações.

Aos membros da banca, professora Anita e Sônia, pelas contribuições significativas na escrita final.

Aos amigos que direcionaram a elaboração e a execução do projeto.

Aos integrantes do GEIARF, pelos debates e interpretações do referencial foucaultiano, em especial ao Pedro e ao Clayton pela leitura atenta e por colocações precisas na dissertação.

Aos médicos psiquiatras, pelas informações passadas sobre a psiquiatria no município de Campo Grande e no Brasil.

E, principalmente, aos sujeitos da pesquisa, que me proporcionaram a oportunidade de ter uma perspectiva sobre suas realidades.

Em algum remoto rincão do universo cintilante que se derrama em um sem-número de sistemas solares, havia uma vez um astro, em que animais inteligentes inventaram o conhecimento. Foi o minuto mais soberbo e mais mentiroso da “história universal”: mas também foi somente um minuto. Passados poucos fôlegos da natureza congelou-se o astro, e os animais inteligentes tiveram que morrer.

(NIETZSCHE, 1996, Sobre a verdade e a mentira no sentido extra-moral, p. 53)

RESUMO

Este relatório de dissertação tem como um dos propósitos socializar os resultados da investigação realizada sobre a execução das medidas de segurança no Brasil, buscando problematizar como se dão os jogos de verdade em torno de quatro sujeitos que cumpriram esta sentença judicial, no Instituto Penal de Campo Grande (IPCG), no estado de Mato Grosso do Sul, entre os meses de março e setembro de 2017 e participaram do Projeto Tratamento Penal na referida Instituição, sobre os quais teve-se acesso aos processos judiciais, tendo como suporte teórico e metodológico alguns escritos de Michel Foucault (1926-1984), com ênfase na obra *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão* (1977) como parte de exercícios históricos das relações entre a psiquiatria e justiça penal, que assujeitam os loucos criminosos com base nos saberes. Para tanto, foram utilizados também os marcos regulatórios vigentes aos inimputáveis internos que cumprem medida de segurança, incluindo programas e políticas públicas de atendimento aplicadas nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs). Realizou-se ainda um dossiê com as informações referentes ao perfil socioeconômico dos sujeitos deste estudo, às infrações, aos diagnósticos, às trajetórias penais e aos itinerários jurídicos, às práticas adotadas no caso do interno que já possuía autorização de desinternação, mas continuava na Instituição. Os procedimentos adotados foram visitas ao IPCG e acompanhamentos das atividades do Projeto Tratamento Penal, a partir de informações levantadas no Módulo de Saúde e consultas aos processos judiciais dos processos judiciais dos quatro sujeitos da pesquisa no setor jurídico do IPCG. Concomitante, foram realizados inventários sobre a legislação e jurisprudência sobre as medidas de segurança e os direitos dos doentes mentais; dos indicadores oficiais federais e estaduais. Como resultado deste estudo destaca-se que os sujeitos que cumprem medida de segurança e estão vinculados ao Projeto Tratamento Penal/IPCG são produzidos por exercícios de poderes e dos saberes jus e psi vigentes, enquanto verdades históricas que se legitimam e se inscrevem nos corpos dos sujeitos pelos processos de subjetivação entre os envolvidos tendo como foco as relações entre a psiquiatria e justiça penal.

Palavras-chave: Sujeitos; Medida de Segurança; Jogos de Verdade; Projeto Tratamento Penal.

ABSTRACT

This thesis protocol is mainly aimed to expose the results of a research about the execution of the politics of security in Brazil, seeking the understanding of the dynamism of the truth games with four subjects in accomplishment of judicial judgment, in the Instituto Penal de Campo Grande (IPCG), state of South Mato Grosso, in the period from March to September 2017, and who were part of the Judicial Treatment Project in IPCG, on whose processes was granted access. The theoretical and methodological supports were based on some approaches of Michel Foucault (1926-1984), focused on *I, Pierre Rivière, that beheaded my mother, my sister and my brother* (1977) as part of the historical practices from the relations between psychiatry and judiciary justice, that subject the criminal psychos based on knowledge. It was analyzed the current regulatory documentation applied to the prisoners that accomplish security arrangement, including programs and public politics for treatment, applied in the centers for custody and psychiatric treatment. It was collected also a dossier with the information related to the socioeconomic profile of the subjects involved: the infringements, the diagnosis, the criminal trajectory and the judiciary itineraries, and the practices with the prisoners yet authorized to leave the prison, but still captive. The procedures adopted were composed of visits to the IPCG; observation on the activities from the Judicial Treatment Project, taking information from the Health Service, and consults on the judicial processes of the four research subjects in the IPCG juridical sector. A battery of inventories was set up to take data about: the legislation and jurisprudence on the security arrangements; the rights of the mentally ill subjects, and the official federal and state indicators. The most outstanding result from this research is that the subjects that accomplish security arrangements and are linked to the Judicial Treatment Project/IPCG, are produced from the current exercises of power and knowledge *jus e psi*, in the way these exercises are historical truths that legitimate and insert themselves in the subjects, because of the subjectivation processes between the implicates, having as focus the relations between psychiatry and judiciary justice.

Keywords: Subjects; Security arrangement; Truth game; Judicial Treatment Project.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Composição, destinação, carga-horária e profissionais envolvidos por ESP.	46
Quadro 2 – Relação idade na data do crime, escolaridade, cor/raça, profissão e emprego na data do crime.	55
Quadro 3 – Relação do crime cometido com a relação familiar.	60
Quadro 4 – Relação tipo penal, crime cometido em ambiente familiar e patologia do primeiro diagnóstico.....	63
Quadro 5 – Itinerário jurídico até o início da medida de segurança.....	65
Quadro 6 – Relação data do último ECP, se foi declarado com a periculosidade cessada, se possui carta de desinternação e se ainda se encontra internado.....	72
Quadro 7 – Relação pena máxima em abstrato e tempo de cumprimento da medida de segurança.	74
Quadro 8 – Relação da psicopatologia entre o primeiro e o último diagnóstico.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
AGEPEN/MS	Agência Estadual de Administração Penitenciária de Mato Grosso do Sul
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CPB	Código Penal Brasileiro
CPP	Código de Processo Penal
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
ECP	Exame de Cessação de Periculosidade
ECTP	Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
EPSMJFC	Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho
ESP	Equipes de Saúde no Sistema Prisional
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IIM	Incidente de Insanidade Mental
INFOPEN	Informações Penitenciárias
IPCG	Instituto Penal de Campo Grande
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
VEP	Vara de Execução Penal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 MOSAICO DA MEDIDA DE SEGURANÇA	19
2 ESTABELECIMENTOS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (ECTP).....	28
2.1 A REALIDADE DO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO	31
2.2 DESDOBRAMENTOS DO MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL	34
2.3 O INSTITUTO PENAL DE CAMPO GRANDE (IPCG) E O MÓDULO DE SAÚDE ...	43
2.3.1 A assistência psicossocial do IPCG.....	45
2.3.2 Acompanhamento terapêutico e o Projeto Tratamento Penal	49
3 OS SUJEITOS QUE CUMPREM A MEDIDA DE SEGURANÇA NO IPCG	52
3.1 A INIMPUTALIDADE EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA MENTAL.....	55
3.2 A COMPROVAÇÃO DA INIMPUTABILIDADE – O INCIDENTE DE INSANIDADE MENTAL (IIM)	56
3.2.1 A psicopatologia caracterizada nos manuais classificatórios	62
3.3 O CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA	64
3.3.1 Exame de Cessação de Periculosidade (ECP)	70
3.3.2 Prazo de cumprimento da medida de segurança.....	72
3.3.3 Itinerário do diagnóstico.....	76
CONSIDERAÇÕES	80
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS.....	93

APRESENTAÇÃO

Um dos fatos que me encaminharam a este estudo foi o comentário de colegas na faculdade de Direito: “fulano se passou por louco para não cumprir pena”, porque, a princípio, parecia ser uma grande jogada dos indivíduos que cometeram um crime, fingir possuir alguma doença mental para fugir das condições degradantes das prisões brasileiras.

A partir daí as perguntas que surgiram foram: será que é mesmo benéfico ter o crime relacionado a uma loucura? Quais seriam os tais benefícios? Ao buscar as respostas para estas indagações, na fundamentação legal, encontrei no artigo 26, do Código Penal Brasileiro (CPB), que seria isento da pena qualquer indivíduo que cometesse um crime e não compreendesse o caráter ilícito do fato ou não fosse capaz de atuar de acordo com o entendimento em decorrência de doença mental.

Sendo assim, estes indivíduos não seriam condenados por um crime, mas poderiam ser absolvidos e submetidos a um tratamento em regime ambulatorial ou de internação nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), que engloba os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e Alas Psiquiátricas (APs).

Aparentemente, os colegas, e futuros juristas, estavam certos dos benefícios relacionados à loucura concedidos aos sujeitos que cometiam um crime. Contudo, nem todas as verdades são tão óbvias quanto parecem, aliás não existe conhecimento absoluto, como diria Nietzsche no livro “Sobre a verdade e a mentira no sentido extra-moral” (1996), obra que lia quando também fazia o curso de Licenciatura em Filosofia.

Se Nietzsche instigava-me na Filosofia, Michel Foucault fazia-me questionar o Direito. Participando do Grupo de Estudos e de Investigação Acadêmica nos Referenciais Foucaultianos, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (GEIARF/CNPq), sob a coordenação do Professor Doutor Antônio Carlos do Nascimento Osório, pude constatar que o pensador francês dissertava na obra “Vigiar e punir” (2014b, p. 40) que: “a informação penal escrita, secreta, submetida, para construir suas provas, a regras rigorosas, é uma máquina que pode produzir a verdade na ausência do acusado”.

A ausência deste acusado, uma vez taxado de louco e criminoso, se dá inclusive na sua presença, pois ele não é um projeto de si, mas daqueles que exercem o poder ao ditar um saber sobre ele. Sendo assim, os escritos foucaultianos serviriam para inspirar e dar pistas, uma caixa de ferramentas para pensar os sujeitos que cumprem medida de segurança, como instrumentos de pensamento que se opõem ao método acadêmico do comentário neutro de novas possibilidades (ALVAREZ, 2015).

Nos questionamentos sobre a verdade, e tendo os escritos foucaultianos como caixa de ferramentas, problematizei: como se dão os jogos de verdade em torno dos sujeitos que cumprem medida de segurança? Como investigar esta problematização sem ter acesso à instituição que interna estes sujeitos? Diante de tais questões, a viabilidade do estudo deveria estar atrelada não só à pesquisa bibliográfica, mas também ao ingresso em um Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP).

Foi então que no dia 17 de março de 2016, a convite do médico psiquiatra Dr. Juberty Antônio de Souza, participei da palestra sobre as características e cuidados na lida com custodiados que são doentes psiquiátricos no Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) (OLIVEIRA, 2016). Nesta oportunidade fui informado que o presídio de segurança média também possui internos que cumprem medida de segurança, e o Estado de Mato Grosso do Sul não possui Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Na inscrição para a seleção do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado – da Faculdade de Ciências Humanas, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PPGPSI/FACH/UFMS), no ano de 2016, a proposta do anteprojeto de estudo tinha como finalidade estudar os sujeitos que estão sob a custódia do Estado cumprindo a medida de segurança. Em novembro do mesmo ano, após aprovação na seleção do Programa, contatei a Chefe da Divisão de Saúde da AGEPEN/MS, para verificar a viabilidade da proposta de estudo, que, em resposta, solicitou uma carta de apresentação e solicitação de realização de pesquisa.

No dia 7 de dezembro de 2016 os documentos foram enviados ao Diretor-Presidente da AGEPEN/MS, requerendo a autorização para o desenvolvimento do estudo nas dependências do Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho (EPSMJFC) (Anexo 1). A resposta da instituição ocorreu no dia 14 do mesmo mês, autorizando o ingresso na Unidade Penal, todavia foi solicitado que precisasse quais os dias de ingresso e anexasse uma cópia do projeto de pesquisa a ser desenvolvida (Anexo 2).

Posteriormente, foi feito um convite, estendido ao meu orientador, para participar das atividades de encerramento do Projeto Tratamento Penal no mesmo ano, o que ocorreu no dia 27 de dezembro no auditório do IPCG. Na ocasião, conheci a psicóloga idealizadora e executora do Projeto, que “trabalha assistência psicológica por meio de atividades socioeducativas, lúdicas e dinâmicas em grupo, junto a custodiados inseridos em ‘medida de segurança’ – que possuem alterações ou distúrbios psicológicos” (OLIVEIRA, 2016).

Depois deste evento, decidimos que os sujeitos da pesquisa deveriam estar vinculados ao grupo terapêutico do Projeto no EPSMJFC, que ocorria às terças-feiras. Entretanto, com a troca do Diretor-Presidente da AGEPEN, em 10 de fevereiro de 2017, foi necessário fazer uma

nova solicitação de autorização de estudo, que foi encaminhada ao órgão no dia 14 de fevereiro (Anexo 3). É certo que a mudança de gestores é um fator que causa incertezas – e em 2017 houve uma troca de Diretor-Presidente da AGEPEN/MS e duas trocas na direção do Módulo de Saúde – contudo, a partir desta necessidade, aproveitei para definir que o ingresso se daria às quintas-feiras, durante a execução do Projeto Tratamento Penal no IPCG, alterando o local inicial, que era o EPSMJFC.

Em 6 de março de 2017 foi autorizado o prosseguimento dos estudos no IPCG (Anexo 4). No dia 15 do mesmo mês foi enviado um Ofício com os dados pessoais, solicitação de ingresso às quintas-feiras, entre os meses de abril e maio de 2017, e lista de material a ser utilizado – 1 notebook, 1 aparelho celular, papel e caneta (Anexo 5). A Diretora de Saúde respondeu verbalmente que seria vedado o ingresso do notebook e do aparelho celular para gravação.

A pesquisa *in loco* se deu com a minha participação como observador do Projeto Tratamento Penal, no auditório do IPCG, que iniciou no dia 24 de março de 2017, com horário previsto entre às 9h e 10h, mas que geralmente se estendia até às 11h.

O ingresso em uma instituição penitenciária é burocrático, além da solicitação antecipada é necessária rigorosa identificação em cada entrada, cuidados com a segurança durante o trânsito dentro das instalações e consulta a banco de dados oficiais.

Antes do acesso à instituição não havia certeza de como se davam as práticas em torno dos sujeitos que cumpriam medida de segurança, mas a conversa com a psicóloga responsável, os agentes e os próprios internos esclareceu que o Projeto era um dos poucos momentos de escuta dos indivíduos que não possuíam, naquele estabelecimento penal, um local específico, cumprindo a sentença em celas comuns, com outros presos.

Diante das observações realizadas no *locus* da pesquisa foi possível elaborar seu objetivo geral: Identificar os discursos produzidos sobre os sujeitos que cumprem medida de segurança e participam do Projeto Tratamento Penal no Instituto Penal de Campo Grande (IPCG), com base no referencial teórico de Michel Foucault (1926-1984).

Em âmbito específico, os objetivos propostos foram:

- Identificar os marcos regulatórios vigentes aos inimputáveis internos que cumprem medida de segurança, incluindo programas e políticas públicas de atendimento aplicadas nos ECTPs.
- Mapear o perfil socioeconômico, as infrações, os diagnósticos, as trajetórias penais e os itinerários jurídicos de quatro sujeitos que cumpriam medida de segurança e participaram ininterruptamente do Projeto Tratamento Penal no

IPCG, entre 24 de março e 21 de setembro de 2017, por meio dos respectivos processos judiciais e banco de dados da AGEPEN.

- Identificar e analisar mais detalhadamente as práticas adotadas no caso do único interno que já possuía autorização de desinternação, mas continuava na instituição até o dia 26 de novembro de 2017.

Para atingir os objetivos propostos foi necessário percorrer os seguintes caminhos:

a) **Visitas ao IPCG e participação como observador do Projeto Tratamento Penal.** Entre março e setembro de 2017 foram realizadas visitas ao Instituto Penal de Campo Grande, com o intuito de acompanhar como se realizava o cumprimento das medidas de segurança e as atividades propostas. As anotações fizeram perceber diversas contradições em relação aos dispositivos legais, como as condições degradantes do presídio superlotado, o cumprimento da sentença em celas comuns e o escasso acompanhamento terapêutico.

b) **Participação no Grupo de Estudos e de Investigação Acadêmica nos Referenciais Foucaultianos na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (GEIARF/CNPq).** Esta participação no grupo de estudos ocorreu desde outubro de 2015, e a aproximação com os escritos de Michel Foucault teve importante relevância na escolha do referencial teórico desta pesquisa. Foram estudados semanalmente os livros *Vigiar e punir: O nascimento da prisão* (2014b); *Doença mental e psicologia* (2000); *Segurança território e população: curso dado no Collège de France (1977-1978)* (2008); *Ditos e escritos, volume IV: estratégia, poder-saber* (2012); *História da loucura na idade clássica* (2014a); *A sociedade punitiva: curso dado no Collège de France (1972-1973)* (2015); *A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)* (2010a); *As verdades e as formas jurídicas* (2013a); *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault* (2013b).

Faz-se importante também destacar a obra “*História da sexualidade 1: A vontade de saber*” (FOUCAULT, 2014c), na qual o autor francês ressalta que o poder é uma prática social constituída historicamente, que se legitima e se inscreve nos corpos dos sujeitos pelos processos de subjetivação. De tal modo, a verdade se dá por meio dos jogos de verdade que produzem e legitimam os enunciados, a constituição dos jogos que autoriza ou proíbe determinadas práticas na sociedade é inventada e arbitrada pelo exercício do poder (BIRMAN, 2002). Desta maneira,

os escritos foucaultianos instigam a pensar sobre o exercício do poder e saber vigente que produz o sujeito.

c) **Estudo da legislação e da jurisprudência sobre as medidas de segurança e os direitos dos doentes mentais.** As leis são reflexos dos anseios sociais. No caso do Brasil, no topo desta legislação está a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), à qual nenhuma lei pode contradizer. A medida de segurança, por sua vez, não é diretamente tratada na Constituição, porque a regulamentação é dada no Código Penal Brasileiro (CPB), especificamente nos artigos 26, que trata da inimputabilidade ou isenção da pena em decorrência de doença mental, e 96 e 97, que dispõem sobre o tratamento dos sujeitos que cumprem a medida de segurança.

A execução penal da medida de segurança está disposta no Código de Processo Penal (CPP), ao indica que o interno em medida de segurança não cumpre uma pena, portanto é absolvido do crime cometido e submetido à internação ou ao tratamento ambulatorial, dependendo da gravidade do delito.

Por mais que a Lei n.10.214/2001, que trata da reforma psiquiátrica, tenha garantido aos doentes mentais a internação como última possibilidade de tratamento, no caso da medida de segurança ela é a regra. Além do mais, diferente da pena que possui uma previsão de término, legalmente a medida de segurança não possui prazo máximo. De qualquer maneira, os julgados dos tribunais superiores, jurisprudências, são no sentido de tirar o seu caráter perpétuo. O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que o tempo máximo é de trinta anos, assim como se dá no cumprimento de pena, e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) dispôs que não deve ser superior à pena em abstrato do crime cometido.

d) **Investigação dos indicadores oficiais federais e estaduais referentes à medida de segurança.** Destacam-se os indicadores de “A Custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011”, de Débora Diniz (2013), única publicação oficial que mapeou o perfil da população dos manicômios judiciais brasileiros, necessária para formar uma imagem destes sujeitos.

Já os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN – de junho de 2016, revelam uma população cumprindo medida de segurança no mesmo ano; e as estatísticas do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) indicam que isso corresponde a menos de 1% das 726.712 pessoas privadas de liberdade, além de informar que atualmente existem 28 ECTPs.

No que tange ao Mato Grosso do Sul, nem todos os internos que cumprem a medida de segurança estão em instituições de custódia e tratamento psiquiátrico, aliás o único local que é considerado ECTP nesta unidade federativa é o EPSMJFC, que possui uma Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) denominada Pavilhão de Saúde.

Com base nestes indicadores buscou-se também estudar as práticas antimanicomiais que refletem resultados positivos no Brasil, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), do estado de Minas Gerais (TJMG, 2004); o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás (MPE/GO, 2009); e o Acompanhamento Terapêutico (AT).

e) **Análise dos processos judiciais dos quatro sujeitos da pesquisa.** A consulta aos processos judiciais foi fundamental para diagnosticar a produção da verdade nos saberes *jus* (fase processual desde a primeira prisão, itinerário jurídico e execução da medida de segurança) e *psi* (laudos psiquiátricos do Incidente de Insanidade Mental – IIM e do Exame de Cessação de Periculosidade – ECP, acompanhamentos terapêuticos).

Sobre as áreas *jus* e *psi*, Weigert (2015), disserta que:

Importante referir que o prefixo *jus* no presente trabalho identifica discursos do direito dogmático e da Criminologia ortodoxa e positivista, bem como o termo *psi* pretende identificar correntes da psicologia que aderem e se submetem à psiquiatria clássica e é exatamente por isso que toda a crítica aqui realizada à psiquiatria se refere, por extensão e identificação, a tais correntes da psicologia. (WEIGERT, 2015, p. 33).

A análise processual se deu nos bancos de dados do Setor Jurídico do IPCG até o dia 26 de novembro de 2017, retratando a verdade legitimada e inscrita nos corpos destes sujeitos, conforme análise dos processos judiciais de cada um deles, não sendo autorizada a transcrição de trechos das peças processuais. Para preservar suas identidades foram utilizados nomes da mitologia grega: Thanatos, deus da morte; Érebo, deus das trevas infernais; Tártaro, deus das trevas onde os grandes criminosos eram supliciados; e Hades, senhor do mundo dos mortos.

Os loucos criminosos são bestializados, como se vê no caso Rivière (FOUCAULT, 2013b) que inspirou a construção dos procedimentos e do método para investigação dos jogos de verdade que circulam em torno destes sujeitos, com o cruzamento dos discursos e suas funções diferentes. Aparentemente, a única coincidência é que todos parecem falar dos crimes cometidos e a relação deles com a doença mental,

Mas todos eles, e em sua heterogeneidade, não formam nem uma obra nem um texto, mas uma luta singular, um confronto, uma relação de poder, uma batalha de discursos e através de discursos. E ainda dizer uma batalha, não é dizer o bastante; vários combates desenrolaram-se ao mesmo tempo e entrecruzando-se: os médicos tinham sua batalha, entre eles, com os magistrados, com o próprio Rivière (que lhes armava

ciladas dizendo que fingira a loucura); os magistrados tinham sua batalha a respeito das perícias médicas, a respeito do uso ainda bem recente das circunstâncias atenuantes, a respeito dessa série de parricidas que tinha sido emparelhada à de regicidas. (FOUCAULT, 2013b, p. 12-13).

A inspiração da obra foucaultiana neste trabalho está voltada à luta das relações de poderes e saberes – sujeito – *jus*, com o julgamento processual e a execução da pena, e o *psi*, com os laudos e as possibilidades de “tratamento” mostradas nas batalhas discursivas como um dossiê, não contemplando o memorial do relato dos sujeitos da pesquisa.

A partir da viabilidade do método desta pesquisa, pretendeu-se traçar os jogos de verdade produtores dos sujeitos que cumprem medida de segurança no IPCG, estruturados neste Relatório de Dissertação conforme indicação a seguir.

No Capítulo 1, “Um mosaico da medida de segurança”, realiza-se a interlocução com as obras de Michel Foucault – A sociedade punitiva (2015), História da Loucura (2014a), Vigiar e punir (2014b) e História da sexualidade 2: o uso dos prazeres (2014d), para depois explorar os dispositivos e regulamentações que historicamente demarcaram a loucura e a criminalidade no Brasil.

No Capítulo 2, “Estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico”, o foco foi a instituição para onde os loucos criminosos são, em regra, encaminhados: os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). Inicialmente, buscou-se aproximar a medida de segurança à realidade do sistema carcerário brasileiro, e em seguida tratou-se das práticas voltadas ao movimento antimanicomial, tais como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), no estado de Minas Gerais (TJMG, 2004); o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás (MPE/GO, 2009); e o Acompanhamento Terapêutico (AT).

Abordou-se também que no estado de Mato Grosso do Sul não existe nenhum estabelecimento deste tipo, os internos do IPCG cumprem a sentença em celas comuns e são assistidos pelo Módulo de Saúde, além de ter o projeto Tratamento Penal como forma de assistência psicológica.

No Capítulo 3, “Os sujeitos que cumprem a medida de segurança no IPCG”, destaca-se a verdade que é legitimada e inscrita nos corpos dos sujeitos por meio dos saberes e poderes *jus* e *psi*, com inspiração da obra “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...: um caso de parricídio do século XIX, de autoria de Michel Foucault” (2013b). Ainda foram apresentados indicadores sociodemográficos dos sujeitos pesquisados.

Os saberes jurídicos podem ser destacados pela previsão legal da medida de segurança, tanto na sua definição quanto na execução da sentença, em que se evidencia que a lei não é uma garantia da liberdade do sujeito, mas um subsídio para mantê-lo encarcerado.

Os saberes psiquiátricos, por sua vez, destacam-se pelo aspecto laudatório, fundamentados na 10^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que esquadriham o sujeito por meio do exame, para fundamentar o Incidente de Insanidade Mental (IIM), o Exame de Cessação de Periculosidade (ECP) e os desdobramentos do itinerário diagnóstico.

Nas Considerações Finais enuncia-se que as forças atuam microfisicamente nos sujeitos, o que pode ser percebido na relação com as instituições e pelo fato de estes serem considerados loucos, criminosos e perigosos. No caso dos indivíduos que cumprem medida de segurança, o controle minucioso dos seus comportamentos é realizado principalmente pelo exercício dos poderes *jus* e *psi*, que variam das condições históricas a que são submetidos.

1 UM MOSAICO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Publicam-se poucas informações sobre as prisões; é uma das regiões mais escondidas de nosso sistema social, uma das caixas-pretas de nossa vida. Temos o direito de saber, nós queremos saber. Por isso é que, com magistrados, advogados, jornalistas, médicos, psicólogos, formamos um Grupo de Informação sobre as Prisões.
(FOUCAULT, 2012, p. 2).

Este capítulo visa reunir peças de origens teóricas e metodológicas, por intermédio de algumas obras de Michel Foucault, dos dispositivos e regulamentações que sustentam a superfície das práticas sociais, como o próprio título anuncia – “Um mosaico da medida de segurança”, um conjunto de subsídios que compõem um todo, mantendo as especificidades de cada fração.

Para a composição deste mosaico foram adotadas as seguintes obras de Foucault: *A sociedade punitiva* (2015), como base de interlocuções entre a História da loucura na idade clássica (2014a), e *Vigiar e Punir* (2014b), visando compreender a concepção de sujeito pela arqueologia (sujeição) e pela genealogia (cuidado de si).

Não se trata aqui de um exercício de transposição das concepções de sujeito, conforme lidam diferentes perspectivas teóricas, nem de arregimentar técnicas e procedimentos por intermédio dos escritos de Foucault, ou tentar elaborar uma genealogia fazendo associações ou comparações, como se fossem similares – até porque a circularidade que Foucault cria entre arqueologia, genealogia e o cuidado de si não são similares.

Os conceitos de sujeito são um exemplo disto. O propósito não é repetir o que Foucault ensina, independentemente de seus diferentes significados e movimentos adotados, mas sim como são inventados constantemente e podem ser transformados em caixas de ferramentas para possibilitar outras inspirações, como criar novos percursos desenhados por uma trajetória que se traça no movimento do próprio conhecimento. Enfim, o que inspira enquanto elementos teóricos que instigam métodos e outras formas de compreensão das fontes trabalhadas.

No segundo momento deste capítulo é resgatado um conjunto de indicadores que compõem relatórios elaborados por órgãos oficiais e um breve histórico das relações entre crime e doença mental.

A obra *A sociedade punitiva* (2015) resulta do curso ministrado por Foucault com o mesmo nome, no ano de 1973. Ela parte de um conjunto de análises que serviram de base ao livro *Vigiar e punir* (2014b). O destaque desta obra não é a denúncia da exclusão e da

intolerância social, mas sim o propósito de mostrar que os que vivem às margens da sociedade são classificados como hostis e perigosos.

A análise da prisão supõe justamente a distância crítica das noções de transgressão e exclusão – mesmo que sejam úteis para indicar que os “anormais” ou “desviantes” são primeiro rejeitados e só depois assim nomeados. Sendo assim, não prevaleceria mais a abordagem presente na História da Loucura (2014a), que descrevia o processo de rejeição da loucura pela razão ocidental, prolongado no conhecimento psiquiátrico, ambos apoiados na exclusão (a grande internação).

A prisão, por sua vez, não aparece somente como instrumento de exclusão dos desviantes e rejeição de populações indesejáveis, mas integra e purifica estratégias sociais do poder, e, mais do que eliminar a contestação, redistribui os fluxos da população: punição do comportamento irregular mais do que punição da infração a uma lei – não o ócio como vício ou a mendicância como desvalorização do trabalho, mas a vagabundagem (nomadismo social) como *ethos* (FOUCAULT, 2015).

Nesse processo, a prisão teria sua função nas relações sociais – gestão dos ilegalismos, como o roubo e a depredação, mas também seria símbolo dessas relações – o domínio do coercitivo, cumprindo um papel institucional atribuído pela própria natureza dos elementos que circulam na sociedade pelas práticas sociais vigentes, regadas pela cultura dominante. Diante destas dinâmicas, os sujeitos são submetidos a estratégias de controle e domínios variantes, pelo esquadramento.

Indiscutivelmente, são dinâmicas de apaziguamentos das ameaças latentes, que visam examinar minuciosamente seu corpo (pensamentos e condutas), calcadas pelos exercícios culturais, a partir das suas condições de manifestação pelos indivíduos, e designam os que são considerados anormais ou desviantes em várias instâncias do poder ao fornecer “o estatuto do indivíduo excluído no campo das representações sociais” (FOUCAULT, 2015, p. 4).

Na obra História da sexualidade 2 – O uso dos prazeres (2014d), Foucault explica que o domínio coercitivo é exercido pelas instituições a partir de seus propósitos, quando anuncia o corpo como catalisador das finalidades últimas, já que

O corpo é o espaço no qual vive-se, que conduz para fora de si mesmo, no qual a erosão de nossas vidas, nosso tempo e nossa história acontecem, o espaço que agarra e nos ataca, da saúde e da doença, é em si mesmo um espaço heterogêneo. Em outras palavras, nós não vivemos em uma espécie de vazio dentro do qual poderíamos colocar indivíduos e coisas. Nós não vivemos dentro de um vazio que poderia ser colorido com diferentes gradações de luz, vivemos dentro de um conjunto de relações que definem sítios, que são irreduzíveis uns aos outros e certamente não superponíveis uns aos outros. (FOUCAULT, 2014d, p. 47).

Com isto, independentemente dos processos resultantes das dinâmicas seletivas sociais que podem ser consideradas naturais, a rejeição e a assimilação são duas técnicas que caminham juntas. Assim, ao mesmo tempo que se rejeita o louco assujeita-o a um saber médico, como uma das referências aos sujeitos de nosso estudo.

O doente é, portanto, alvo do poder político e objeto do discurso científico constituído historicamente, no qual a exclusão e assimilação se dão mediante a disputa pela posse da verdade. Neste contexto, as táticas são mecanismos de análise das relações em torno do poder, não só reveladoras de uma ideologia. No meio desta guerra estão os saberes *jus* e *psi*, já que as infrações põem em xeque as leis, as regras e o próprio sistema penal. Nem sempre o sentido do exercício do poder está claro, já que pode ter perspectivas diferentes, como ativação de um símbolo ou emergência de um mito.

As leis são formuladas por um grupo, a fim de serem aplicadas a outra parte da população. A regra universal é apenas aparente. Sendo assim, o sistema penal do final do século XVIII foi escrito por legisladores que estavam em guerra contra os pobres (FOUCAULT, 2015).

É o momento em que emergem as práticas penais em torno do criminoso (inimigo social) e o aspecto penitenciário (prisão). Apesar de parecerem práticas que se conversam, há uma tática global de não permitir que o jurídico entre no sistema penitenciário, porque “não é possível dizer que a reclusão deriva como consequência prática e discursiva da teoria penal ou da prática judiciária” (FOUCAULT, 2015, p. 61).

Logo, para que a punição não seja vista como algo estritamente jurídico, e tampouco haja um só responsável, surgem personagens extrajurídicos:

Pequenas justiças e juízes paralelos se multiplicam em torno do julgamento principal: peritos psiquiátricos ou psicólogos, magistrados da aplicação das penas, educadores, funcionários da administração penitenciária fracionam o poder legal de punir; dir-se-á que nenhum deles partilha realmente do direito de julgar; e uns, depois das sentenças, só têm o direito de fazer executar uma pena fixada pelo tribunal, e principalmente que outros – os peritos – não intervêm antes da sentença para fazer um julgamento, mas para esclarecer a decisão dos juízes. (FOUCAULT, 2014b, p. 25).

Esta pluralidade de controle nas mais diversas instâncias faz parte da generalização do poder disciplinar, para que as relações de poder possibilitem um saber que reconduza e reforce seus efeitos sobre “os que são vigiados, treinados e corrigidos, sobre os loucos, as crianças, os escolares, os colonizados, sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a sua existência” (FOUCAULT, 2014b, p. 32).

O poder exercido pela justiça criminal se fundamenta nos saberes científicos que justificam as estratégias de controle por meio da requalificação destes saberes. A punição,

portanto, possui a função social complexa por se tratar de técnicas que relacionam o castigo a uma prática política (FOUCAULT, 2015).

Logo, quando se diz que há uma humanização das penas, há, na verdade, uma nova tecnologia de poder e um novo conhecimento sobre o homem. A alma entra no âmbito da justiça penal, transformando a posição do corpo na relação de poder. Há uma “metamorfose dos métodos punitivos a partir de uma tecnologia política do corpo onde se poderia ler uma história comum das relações de poder e das relações de objeto” (FOUCAULT, 2014b, p. 27) que esquadriham o indivíduo como normal ou anormal.

Além do mais, a prisão é um lugar de apropriação do saber sobre estes sujeitos, com vistas a reforçar o exercício do poder sobre eles, na qual é possível elaborar o mosaico dos sujeitos considerados loucos criminosos, e perceber que são fruto dos discursos que visam objetificá-los por meio de práticas divisantes-seletivas.

Os discursos que condicionam os sujeitos são criados por várias especialidades, tal como a aproximação dos saberes *jus* e *psi* no livro “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...” (FOUCAULT, 2013b), que serão detalhados enquanto campo de referência de método neste estudo.

Nesta obra, o personagem Rivière busca justificar o crime cometido por uma leitura da Bíblia, algo que para alguns seria injustificável. São questões em que a culpabilidade é vista como um estranho complexo jurídico-científico na qual a loucura emerge como possibilidade de exclusão do próprio ato criminoso, pois, segundo o art. 64 do Código Penal Francês de 1810, ninguém podia ser considerado ao mesmo tempo louco e criminoso.

Contudo, o Supremo Tribunal de Justiça da França passou a decidir que alguém poderia ser considerado culpado e louco sem necessidade de ser punido, mas enclausurado e tratado. No Código de 1832, podia-se modular a pena de acordo com a loucura, foi o momento em que entrou em cena a importância da perícia psiquiátrica como operações que “integram diretamente no processo de formação de sentença” (FOUCAULT, 2014b, p. 25). A loucura não apagava mais o crime, o louco deveria ser submetido à medida de segurança, que, teoricamente, não tem a característica punitiva, mas na prática é uma pena. Assim como se utiliza este dispositivo na sociedade de hoje.

Denota-se que as leis fazem parte da elaboração do estatuto do normal e do desviado no Direito Penal, esquadrihando e modulando o ser humano. Direito e Medicina se entrecruzam como forma de controle dos sujeitos.

No Brasil, a loucura passa a ser objeto de ação necessária para manter o controle social após a chegada da Família Real em 1808 (EÇA, 2008). Alguns anos mais tarde, “o código penal

do Império do Brasil, de 16 de dezembro de 1824, no artigo 10, parece ter-se inclinado no sentido de excluir o crime, quando fosse cometido por um louco de todo o gênero, salvo em intervalo lúcido” (SANTOS et al., 2006, p. 81).

O Código Penal do Império do Brasil, Decreto n. 847, de 1890, dispõe no § 4º, do artigo 26, sobre a inimputabilidade dos doentes mentais, pois não serão considerados criminosos “os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime”.

Neste ínterim, o marco da psiquiatria brasileira, referente ao tratamento dos doentes pela internação, se deu com a sanção do Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841, que originou o Hospício D. Pedro II, inaugurado somente em 1852, a primeira instituição de “alienados” no Brasil, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Quatro anos após sua criação, o hospício já possuía uma superpopulação, chegando à internação de 3.201 pacientes entre janeiro de 1890 e novembro de 1894. Antes, os alienados não dispunham de qualquer tipo de assistência por parte do governo, conseqüentemente vagavam pelas ruas livremente ou permaneciam presos em locais destinados a eles nas Santas Casas de Misericórdia, hospitais de ordens terceiras ou em suas casas (FIOCRUZ, 2017).

Seja por não haver instituição específica ou por estar em condições degradantes, como a superlotação, as instituições de internamento são antes locais de estratégias punitivas do que de tratamento dos doentes mentais, indivíduos considerados ameaçadores, por vezes, para a ortopedia social, como risco permanente de manifestações indesejáveis (FOUCAULT, 2014c).

Posteriormente, o Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, conhecido como Decreto Rodrigues Alves, dispunha que o isolamento deveria ser visto como fundamental ao tratamento dos “alienados”. Desse modo, o relator do Decreto, deputado João Carlos Teixeira Brandão, defendeu que a internação deveria se dar em hospitais públicos ou privados tanto por requisição de alguma autoridade pública como particular, o importante era a reclusão.

Neste contexto, os psiquiatras apenas declarariam a alienação mental, porque a assistência seria prestada em hospícios, os bens dos loucos deveriam ficar sob os cuidados de um curador e o paciente não interferiria no tratamento. Tal forma de esquadramento vedavam as possibilidades dos loucos gerirem a si próprios e eram fundamentados pelos exames psiquiátricos.

Os primeiros exames de sanidade mental datam de 1900, e visavam a internação no Hospício Nacional de Alienados, momento em que a loucura passou a denotar desordem. Era necessário que a perícia comprovasse a alienação e a conseqüente responsabilidade penal ou capacidade civil (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 445).

Dantas e Chaves (2007) destacam que a noção de periculosidade, como possibilidade de desordem, é uma forma de saber fundamental ao exercício de poder sobre o louco infrator:

A noção de periculosidade, assinalada como a probabilidade que o sujeito tem de delinquir, é chave para compreender toda a trama de relações que envolvem o louco infrator e a sua inexpressividade social, enquanto cidadão de direitos. Inicialmente, o conceito foi cunhado a fim de justificar as medidas de segregação e ordenação dos espaços, conforme categorias: louco, criminoso, vadio, pobre, etc. Antes as ditas classes estavam amontoadas em um mesmo espaço, geralmente encontradas nos porões das Santas Casas de Misericórdia ou nas prisões. (DANTAS; CHAVES, 2007, p. 346-347).

A necessidade de segregação desta população se acentuou conforme as mudanças das políticas públicas em saúde mental no Brasil, fato que deu origem ao primeiro manicômio judiciário do país em 1921.

Conforme Santos e Farias (2014),

Regulamentações legais implantadas ampliaram o poder do saber psiquiátrico. Juízes e médicos acordam a necessidade de espaços cada vez mais específicos e segregadores. O decreto brasileiro n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, regulamentou o início da reforma dos hospícios, introduzindo as seções especiais para os condenados recolhidos às prisões federais que apresentassem sintomas psiquiátricos e os delinquentes isentos de responsabilidade determinados para a internação compulsória pelo juiz, por igual motivo, geralmente a segurança pública. Contudo, a efetivação da proposta oficial do manicômio específico só se concretiza a partir do decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921, que aprova a construção do primeiro manicômio judiciário do Brasil. (SANTOS; FARIAS, 2014, p. 519-520).

É então criado o denominado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, na cidade do Rio de Janeiro, anseio do médico psiquiatra que também serviu de nome para esta instituição.

Heitor Carrilho exerceu a sua carreira no Hospício dos Alienados em 1919, além da docência na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo o principal mentor engajado na luta pela construção de um manicômio específico. Esse hospital foi estruturado em um *lay out* que se dividia em prédios com seções administrativas, técnicas e científicas, além de pavilhões na internação de homens e de mulheres em locais separados. O Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, posteriormente Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, é remanescente da extinta Seção de Alienados Delinquentes, seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados, o primeiro hospício do Rio de Janeiro. (SANTOS; FARIAS, 2014, p. 519).

Esta instituição foi seguida pela fundação de outras com a mesma finalidade, tais como a de Barbacena, no estado de Minas Gerais (1929), e a de Franco da Rocha, no estado de São Paulo (1933). Foram espaços destinados especificamente para a internação de indivíduos que cometessem crimes e possuíssem algum comprometimento mental.

Neste momento, “o ordenamento jurídico era [...] pautado principalmente na concepção *beccariana*, em que a ideia de livre-arbítrio tem importância capital e as penas são

proporcionais à gravidade do delito” (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 447). Em contrapartida, os médicos defendiam que o Direito deveria se submeter ao conhecimento da Medicina.

Entre esses embates e dissensos da medicina com o direito, essa associação possibilitou no período uma potencialização do controle social já exercido por essas duas ciências. Uma materialização dessa associação perdura até os dias de hoje na instituição do Manicômio Judiciário. Instituição que, conceitualmente, conjuga cárcere com tratamento psiquiátrico, e fica a questão de até onde é possível haver um tratamento psiquiátrico efetivo em um ambiente carcerário, onde se confinam loucos infratores por vezes até o fim de suas vidas. (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 449).

Este domínio da ciência médica passa a exercer o poder não só sobre o judiciário, mas na sociedade como um todo. Segundo o Centro Cultural da Saúde (CCS), a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1929 por médicos higienistas, realizava diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade, que passavam a ser denominados doentes mentais e deveriam ter um espaço próprio de internação, exclusão e tratamento (BRASIL, 2017).

Cunha e Boarini (2016) destacam a eclosão da Medicina e sua interferência na vida cotidiana visando prevenir males físicos e morais, por isso buscava esquadrihar as questões que causariam o mal para a sociedade, como a falta de higiene, de saneamento e de moralidade.

Essa nova face da medicina, que se pretendia capaz de salvar a pátria e construir uma nação poderosa, entendia a higiene como mediação para esse fim, também vislumbrava e defendia outra via de acesso à sociedade ideal, a eugenia. (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 444).

Assim, as mesmas instituições que exerciam domínio sobre os loucos delinquentes, eram locais de estudos destes sujeitos e de justificação científica do cometimento dos crimes em geral. A perícia servia como uma forma de determinar a verdade para quem quisesse se servir dela (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 445).

Se de um lado a Medicina exercia o seu poder, do outro os mecanismos de classificação jurídicos faziam surgir novos regulamentos. O Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dava outras providências. Assim, foi revogado o Decreto n. 1.132, de 1903, atribuindo ao termo psicopata uma significação mais ampla, abrangendo inclusive aqueles que até então eram denominados alienados. Pela amplitude da associação ao termo, o Decreto não devia ser associado aos transtornos de personalidade, como se vê atualmente, seguindo as concepções que Foucault indica como fundamentais o tempo e o espaço das denominações.

Prevenir e fazer profilaxia eram características da corrente higienista da época, inclusive dos propensos à psicopatia. Vale destacar que a incapacidade do doente mental reafirmada e sua internação passaram a ser regra. Elas se davam por meio de ordem judicial,

requisição de autoridade policial, solicitação de autoridades em geral, a pedido do próprio paciente ou de familiares até o quarto grau.

Eram concebidas como atestado ou guia de internação e ratificadas pela assinatura do médico do hospital psiquiátrico no momento do ingresso dos psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais. O Decreto previa ainda que, em regra, estes doentes não deveriam ficar internados em hospitais gerais, salvo se houvesse uma seção especial.

Os regimes de internação eram divididos em abertos, fechados e mistos. A alta poderia se dar por meio de pedido do paciente, da família ou de quem o tivesse internado, desde que fosse aprovada por exame médico e que não constituísse perigo ao doente ou à ordem pública. Caso o laudo não fosse favorável à alta, o paciente poderia pedir um novo exame.

Como no Decreto de 1903, os psicopatas poderiam ser relativamente ou absolutamente incapazes de gerir seus bens e exercer os atos da vida civil, ficando à mercê de uma medida de administração provisória ou curatela.

O modelo assistencial mantinha-se fortemente ligado ao aparato jurídico e do ponto de vista da saúde era centralizado – hospitalocêntrico e medicocêntrico. A reinserção social, sob supervisão do hospício, era um objetivo periférico e para poucos pacientes. (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p. 72).

Em 1941, durante a Era Vargas, surgiu o Código Penal Brasileiro (CPB), utilizado até os dias de hoje, que prevê, em seu artigo 26, a medida de segurança como o tratamento dado ao inimputável em decorrência de doença mental. Assim, os doentes mentais que cometessem um delito relacionado à sua patologia deveriam ser internados ao invés de receberem uma sentença punitiva em manicômios judiciários ou casas de tratamento e custódia.

O Código Penal de 1940 trouxe à legislação brasileira um dispositivo inédito, a medida de segurança, como forma de o Estado se responsabilizar pela defesa da sociedade a respeito da periculosidade dos loucos criminosos, por meio da decisão judicial da inimputabilidade e encarceramento destes sujeitos no manicômio judiciário, por vezes perpetuamente, já que se almejava uma sociedade ideal em que “O louco é entendido como determinado por seu transtorno, determinação que acarreta periculosidade e a necessidade de mantê-lo sob as portas trancafiadas do Manicômio Judiciário, por vezes, por toda a vida” (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 450).

O poder médico brasileiro do século XX interveio fortemente em um ramo que por muito tempo se restringia ao campo jurídico, promovendo um trabalho interdisciplinar de controle no Direito Penal.

Apesar da tendência de progressão científica, no sentido de proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do sujeito, o que há de fato é uma mudança nas estratégias de controle em

torno destes indivíduos, que nem sempre coincidem com o aperfeiçoamento qualitativo, mais benéfico ao sujeito, a princípio. Parece não haver interesse do Estado em questões que não são lucrativas, o que faz com que o trabalho que vise a melhoria das condições de vida da sociedade seja desmantelado.

Como destacam Cunha e Boarini (2016, p. 451), certezas médicas que emergiram principalmente no século XX “ruíram”, como o fato de que crime não se atrela exclusivamente à loucura, a predição futurista da ciência nem sempre é certa, a raça não é determinante à conduta dos indivíduos e o internamento não é a forma mais evoluída de tratamento da loucura.

De qualquer maneira a Medicina continua exercendo grande influência na sociedade ao esquadrihar os doentes e tornar possíveis mecanismos de controle como as estratégias de punição. Assim, os manicômios e as prisões não servem aos anseios de ressocialização dos loucos e dos criminosos, mas antes como instituição que reforça as estratégias de controle e promovem apropriação dos saberes em torno destes sujeitos.

Perpassada a discussão sobre a história da relação crime e doença mental, o estudo se voltará para o tratamento dado aos doentes mentais infratores nas instituições denominadas Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), objeto do próximo capítulo.

2 ESTABELECEMENTOS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (ECTP)

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 2014a, p. 6).

Este capítulo trata da instituição que, em regra, é o destino dos sujeitos que cumprem a medida de segurança, os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), subdivididos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e Alas Psiquiátricas (APs). Para isso, inicialmente é realizada uma reflexão a respeito da realidade do sistema carcerário brasileiro, mostrando o dispositivo da pena e a ideia de ressocialização estão longe dos anseios legais.

Posteriormente, é apresentado um panorama da reforma psiquiátrica brasileira e os seus desdobramentos na aplicabilidade da medida de segurança. Por fim, são analisados o Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) e a sua intersecção com o Módulo de Saúde, buscando caracterizar as práticas em saúde mental, como o acompanhamento terapêutico e o Projeto Tratamento Penal.

Foucault (2014a, p. 73) destaca que até a Renascença a loucura se atrelava às transcendências imaginárias. Na era clássica, esta passou a ser vista como uma condenação ética da ociosidade em uma sociedade que se voltava para o trabalho. Foi neste momento que surgiu o Hospital Geral com seu estatuto ético, não sendo “um simples refúgio para aqueles que a velhice, a enfermidade ou a doença impedem de trabalhar” (FOUCAULT, 2014a, p. 74).

O internamento foi um lugar criado no século XVII, com o racionalismo, e que fundamentou a prática psiquiátrica do século XIX, conforme visto no capítulo anterior deste trabalho, com os seus remédios morais e a sua confusão entre castigo e tratamento, um gesto ao mesmo tempo punitivo e curativo, arte médica de fazer o bem às vezes fazendo o mal.

Ao mesmo tempo que o internamento apresenta o papel negativo da exclusão, representa o papel positivo de organização daqueles considerados associais, pois, a loucura na era clássica se ligava à ideia de desorganização familiar, desordem social e perigo para o Estado (FOUCAULT, 2014a, p. 79).

Em diversos horizontes emergem práticas de segregação dos considerados anormais, como nos ECTPs, campos de alienação onde os sujeitos se veem banidos e cercados de pessoas que não lhe são familiares, instituições que dizem proteger a sociedade contra indivíduos perigosos, que, apesar da Lei n. 10.2016/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica – segue existindo com suas contradições na garantia dos direitos dos doentes mentais (EMERIM; SOUZA, 2013, p. 144).

Os ECTPs se justificam como práticas originadas nas sociedades ocidentais modernas, forma de esquadramento e internamento de sujeitos que não poderiam ser colocados nem em hospícios e tampouco em presídios, por não caberem exatamente em diagnósticos psiquiátricos ou em classificações criminológicas (SILVA, 2010b, p. 663).

Barros-Brisset (2010a) ao questionar para que e para quem servem os manicômios judiciários, defende que não existem razões para sua existência nos Direitos Humanos ou na Lei da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, “Não existe isto de melhorar a estrutura internamente, humanizar o tratamento da internação. Ora, temos é que abrir as suas portas, pois a humanidade está incluída é na vida que palpita fora dos campos de exclusão” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 85).

Neste modelo de internamento há a “dicotomia custodiar/tratar” (SANTOS et al, 2006, p. 82), uma confusão que advém do fato de se tratar de um louco que cometeu crime e de criminoso que é considerado louco. A equipe terapêutica se encarrega de criar um ambiente de tratamento, enquanto a equipe de segurança busca manter a ordem e a disciplina, o que faz com se destaque a característica prisional deste estabelecimento.

De acordo com a pesquisa que trata das representações sociais dos guardas prisionais do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe, realizada por Dantas e Chaves (2007, p. 350), esta instituição teria a finalidade de “‘tratar’, ‘cuidar’, mas [...] em algumas linhas, ela também foi concebida para ‘controlar’, ‘corrigir’, ‘punir’ e ‘modificar’”, distanciando a teoria da prática, que, somada à deficiência físico-estrutural e assistencial aos internos, dificulta as possibilidades de reinserção social do louco infrator.

Apesar de a maioria dos manicômios judiciários brasileiros não cumprir a finalidade de medidas terapêuticas e preventivas, o Código de Processo Penal (CPP) e a Lei de Execução Penal (LEP) determinam que a medida de segurança não deve ter o caráter repressivo nem tampouco penal.

O artigo 150 do CPP dispõe que, caso seja sentenciada a medida de segurança, o acusado deverá cumprir a sentença em manicômio judiciário, atualmente denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) pela Lei de Execução Penal (LEP), ou em

estabelecimento adequado. O encaminhamento a este estabelecimento se dará pela expedição de guia para execução, após o trânsito em julgado da sentença, de acordo com os artigos 171 e 172 da LEP.

Destaca-se que

Quando se segrega o louco infrator no manicômio judiciário, cada um dos operadores do sistema penal, penitenciário e de saúde mental que circulam o louco infrator fica também isolado, tendo que responder por decisões extraídas da letra fria da lei e de relatórios monótonos enviados, na melhor das hipóteses, quando a lei determina. (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 124).

Dos 1.449 estabelecimentos prisionais existentes no Brasil até junho de 2016, 28 são Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), distribuídos em 19 unidades federativas. O Mato Grosso do Sul está entre os 8 estados que não possuem HCTP, mas apenas uma Ala Psiquiátrica (AP), denominada Pavilhão de Saúde, no Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho (EPSMJFC), entre todos os seus 45 estabelecimentos prisionais (BRASIL, 2016, p. 18).

Apesar da existência desta ala no Estado, existem internos em medida de segurança em outros estabelecimentos penais, como é o caso do Instituto Penal de Campo Grande (IPCG), *locus* da pesquisa.

O mapeamento do encarceramento brasileiro mostra que existem 726.275 presos, sendo que, destes, 3.770 possuem a sentença de medida de segurança, para uma ocupação de 3.563 vagas. Vale salientar que, apesar destas vagas, não há necessariamente como relacionar o déficit de maneira direta, já que existem casos em que a medida de segurança é cumprida em celas comuns, o que não pode ser compreendido como vaga específica para esta população (BRASIL, 2016, p. 23).

A lógica manicomial é uma característica que diverge de estado para estado no Brasil. Enquanto os estados de Goiás e Minas Gerais divergem da regra do encarceramento desta população por tratar o louco criminoso fora de ECTPs, o estado de Mato Grosso do Sul apresenta duas características: no EPSMJFC os internos se encontram em uma Ala Psiquiátrica (AP), e nos demais presídios em celas comuns, sendo homogeneizadas as características, histórias e peculiaridades destes internos.

Cabe mencionar que estes estabelecimentos permaneceram por longos períodos longe das metas de programas da área de saúde, isto porque antes da Portaria n. 632/2002, do Ministério da Saúde, estavam subordinados somente ao Ministério da Justiça. Assim, a Portaria promoveu uma parceria entre os dois ministérios por intermédio do Sistema Único de Saúde (DANTAS; CHAVES, 2007, p. 344).

Se ao louco caberia um tratamento terapêutico delineado pelo Ministério da Saúde, ao criminoso perigoso o Ministério da Justiça se encarregaria da punição, o que caracteriza aparentemente divergência discursiva, de fato uniformiza as particularidades, pois cada instituição é responsável pelo atendimento dos internos.

Para uma instituição como um HCTP não parece haver lugar oficial para a saída de uma suposta linearidade. Observa-se em instituições como essa o forjamento de uma “massa de iguais”: mesmo uniforme, mesmos horários, mesma “terapêutica”, mesmo lugar social (louco e criminoso), mesma atribuição (perigoso), mesmo destino (o trancafiamento). (EMERIM; SOUZA, 2016, p. 175).

Entre os muros de um HCTP há a ambiguidade que representa “dois fantasmas do imaginário ocidental: o louco e o criminoso; como também a ambiguidade da instituição: ora hospital, ora prisão” (EMERIM; SOUZA, 2016, p. 174), em que o psiquiatra é responsável por determinar a periculosidade do sujeito e o juiz de Direito encarregado da sentença e do cumprimento da medida de segurança.

Este conflito de competências apenas reforça a efetivação dos poderes exercidos nas “maquinarias de controle que observam, registram e treinam microscópios do comportamento, para proporcionar uma objetivação e quadriculamento dos comportamentos individuais” (FOUCAULT, 2014b, p. 26).

São corpos que estão assujeitados a estratégias de controle por serem considerados anormais, como loucos e criminosos, que condizem com o panorama do sistema carcerário brasileiro na contemporaneidade, como se verá a seguir.

2.1 A realidade do sistema carcerário brasileiro

A pena tem uma função que se justifica pelas práticas sociais contemporâneas ocidentais. O forma-prisão, “pena por excelência” (FOUCAULT, 2014b, p. 223), visa transformar e docilizar os indivíduos por meio do trabalho sobre seus corpos. Sendo caracterizada por Foucault (2014b) como a forma mais civilizada das penas, possui um duplo fundamento jurídico-econômico (privação de liberdade, prisão-castigo) e técnico-disciplinar (transformação técnica dos indivíduos, prisão-aparelho).

Portanto, seu objetivo não é tão humanizador, tampouco na atualidade, em que os discursos das práticas inclusivas reinam como formas nominais de humanização dos sujeitos, mas que, no exercício de uma sociedade que valoriza a liberdade, a exclusão pela privação de liberdade se sobrepõe como um castigo universal e igualitário.

Como lembra Osório (2007), não há que se falar em inclusão se não houver a exclusão.

É importante enfatizar que o discurso da inclusão apoia-se sobre outros sistemas e mecanismos de exclusão, que são suportes do conjunto de estratégias institucionais, sendo, ao mesmo tempo, reforçadas e conduzidas por práticas sociais mais profundas, principalmente aquelas que se associam a um determinado saber desdobrado operacionalmente em uma sociedade. Como tal saber é valorizado, distribuído, repartido e atribuído, cria um mesmo movimento em outros discursos, marcados por outras pressões e coerções. (OSÓRIO, 2007, p. 308).

Sendo assim, por mais que haja no Direito Penal Brasileiro a soberania da pena de privação de liberdade, esta demonstra ser uma condição desumana e ineficaz na resposta punitiva aos infratores (BARROS-BRISSET, 2010b). Aliás, as prisões não são instituições inertes, já que sempre compuseram o rol dos projetos de reforma “onde abundaram projetos, os remanejamentos, as experiências, os discursos teóricos, os testemunhos, os inquéritos” (FOUCAULT, 2014b, p. 227).

O sistema carcerário brasileiro, assim como especificamente os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, mostra que “as transformações a serem operadas num país democrático não podem e não devem ser apenas nominais” (REIS, 2010, p. 13), mas requerem um trabalho também por parte dos operadores destas instituições.

As tecnologias de segurança são a regra de um Estado-Nação, que não devem ser vistas como uma continuidade histórica da lei e da disciplina, mas “a segurança é uma certa maneira de acrescentar, de fazer funcionar, além dos mecanismos propriamente de segurança, as velhas estruturas da lei e da disciplina” (FOUCAULT, 2008, p. 14).

Sendo assim, a segurança vai além do que o Código Penal Brasileiro (CPB) prevê sobre a pena, deve ser exercida conforme a culpabilidade do agente criminoso, para que ele perceba que o não cometimento do crime é mais benéfico do que a sua infração. Desta maneira, o sistema penal visa readequar condutas dos criminosos, promovendo discursos sobre a ressocialização aos demais cidadãos, devendo transformar-se em um agente dócil para a sociedade, “recuperado”.

Para entender o Direito Penal Brasileiro é necessário vê-lo de fora, à parte de seus marcos regulatórios, para perceber como se dão as práticas do deslocamento filosófico para as políticas. Aparentemente, todas as soluções das violências estariam estritamente relacionadas ao CPB, por isso as contradições não de ser vistas em um pensamento não só histórico, mas por diferentes ângulos que sustentam os discursos pairantes.

O que se percebe é que o ritual político do suplício não foi extinto com a Revolução Francesa, a política do medo se instaurou e tornou-se sensível a todos pelo soberano encolerizado sobre o corpo do criminoso, o que denota as condições degradantes dos cárceres

brasileiros que não restabelecem a justiça, mas reativam o poder. Logo, “a relação verdade-poder é essencial a todos os mecanismos de punição, e se encontra nas práticas contemporâneas da penalidade – mas com uma forma totalmente diversa e com efeitos muito diferentes” (FOUCAULT, 2014b, p. 56).

Apesar de as instituições brasileiras se comprometerem a cumprir o previsto na Declaração Universal do Direitos Humanos, costumeiramente não há o favorecimento adequado, já que a própria história brasileira retrata uma sociedade excludente que foge aos preceitos de igualdade, como descrevem Oliveira e Damas (2016):

As instituições psiquiátricas e as prisões não fogem a esta tradição. Nesses estabelecimentos uma determinada população é fragilizada, por sua condição social ou mental e o sistema como um todo transforma essa fragilidade em desrespeito por sua condição de sujeito de direitos. Ao verificar como se conduziram as bases jurídicas da assistência à saúde mental no Brasil podemos testemunhar uma caminhada na qual o desrespeito aos direitos humanos predomina, mas, ao mesmo tempo, o respeito a esses direitos vai gradativamente conquistando determinados espaços. (OLIVEIRA; DAMAS, 2016, p. 67).

Isso se comprova durante as visitas realizadas ao IPCG. Dentre os problemas que envolvem o sistema carcerário brasileiro, destacam-se a superlotação; a falta de higiene básica dos presos, decorrente da falta de material e da própria noção de higiene na vida pregressa; a alimentação, que nem sempre satisfaz as necessidades diárias de nutrientes; a desassistência jurídica e social; o diálogo entre governo federal e autoridades locais ou entre as autoridades locais e os agentes públicos responsáveis pelos presídios. São questões que, não sendo tratadas devidamente, acabam por desaguar em outro problema imanente, a assistência em saúde, o direito à vida, a dignidade humana, entre outros, como é o caso

No Mato Grosso do Sul, no Estabelecimento Penal Jair Ferreira de Carvalho, além da superlotação, o pouco tempo destinado ao banho de sol e as condições precárias da área das celas – insalubres, com falta de ventilação e de iluminação – foram alguns dos problemas destacados pelos próprios presos. (CNMP, 2013).

Mesmo diante de tal situação, o custo de um sujeito preso é 13 vezes maior do que o custo mensal de um aluno de ensino médio, cerca de R\$ 2.400,00 por mês, segundo a ministra do Supremo Tribunal Federal (STF), Cármen Lúcia (CNJ, 2016). Esta condição faz refletir sobre a “profecia” de Darcy Ribeiro, no ano de 1982, de que se os governantes não construíssem mais escolas, faltaria dinheiro para construir presídios (DAMASCENO, 2017).

Neste contexto de alto custo das prisões e escassez estrutural, o Brasil é o terceiro país do mundo em população carcerária, sendo que 40% dos presos são provisórios, contradizendo

a Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) que prevê que ninguém será culpado antes do trânsito em julgado da sentença penal condenatória, nem privado de liberdade sem o devido processo legal (BRASIL, 2016).

Para reforçar a crise instalada no sistema carcerário brasileiro, os discursos das facções criminosas ganham espaço e fazem com que o poder público seja ridicularizado e os criminosos se tornem heróis ao promoverem a “justiça” em presídios e controle na política intra e extramuros.

Crimes são reiteradamente comandados de dentro dos presídios, mesmo assim a cultura do aprisionamento é vista como peça-chave para resolver os problemas do País, o que, somada à corrupção e à intervenção dos interesses privados no setor público, não resolvem o problema da violência.

O Brasil continua a pensar em práticas de punição em detrimento da prevenção. O trato com os criminosos psiquiátricos não é diferente, visto que idas e vindas em políticas públicas deixam estes sujeitos à mercê de plurais exercícios de poder advindos de autoridades, instituições e marcos regulatórios. É o caso dos movimentos criados posteriormente à Lei da Reforma Psiquiátrica, em 2001, em que estes internos passaram a não ser de responsabilidade exclusiva do Ministério da Justiça, mas também do Ministério da Saúde.

2.2 Desdobramentos do movimento antimanicomial

A Reforma Psiquiátrica, que completou 17 anos em 2018, prevê o fechamento gradativo de hospitais psiquiátricos, a internação como última instância do tratamento de doentes mentais e a implantação de serviços abertos e comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde os sujeitos em tratamento recebem cuidados durante o dia e retornam para casa à noite, mas podem permanecer nos CAPS III em caso de necessidade de acolhimento noturno ou observação (BRASIL, 2002).

O movimento foi alvo de críticas por parte da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em virtude do fechamento de leitos psiquiátricos, insuficiência técnica e operacional da RAPs e a priorização do investimento a serviços abertos, ao invés de hospitais (GAMA, 2012).

Deste modo, a Associação diz haver uma transinstitucionalização, com o desmantelamento das instituições psiquiátricas de internação, já que o doente mental foi para as ruas, cracolândias, presídios ou hospitais gerais. Os pacientes desaparecem ou são assistidos de maneira indevida nestes locais, por não serem tratados como pacientes psiquiátricos (BANDEIRA, 1991).

Em 2014, a ABP se manifestou sobre a atenção integral em saúde mental no Brasil, criticando o modelo existente.

Desde 1995, a política de saúde mental dominante no Brasil adota como premissa do seu modelo assistencial a desvalorização do saber psiquiátrico e a redução do papel do psiquiatra. O psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à psiquiatria. A assistência à saúde mental implementada pelos governos ao longo desse período continua baseada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja eficácia enquanto serviço de reabilitação e reinserção social ainda não foi demonstrada. (ABP, 2014, p. 6).

Observa-se que a crítica à política “hospitalocêntrica” se transformou na política “capscêntrica”, uma forma também centralizadora que não consegue satisfazer o tratamento da diversidade de casos em doença mental, pelo princípio da descentralização do atendimento.

Tais discursos fomentam o exercício de poder da Psiquiatria, conforme disserta Foucault no livro *O poder psiquiátrico* (2006), onde o conhecimento médico e a terapêutica visam a ordem disciplinar do saber médico, que foi necessário para a constituição desta ordem, como uma espécie de “dispersão regrada” (FOUCAULT, 2006, p. 5) capaz de distribuir o tempo e os espaços dos indivíduos, assim como a condição de cura permanente advinda de uma operação terapêutica que era capaz de transformar o doente em não doente.

Inicialmente, a instância médica psiquiátrica funcionou mais como um poder do que como um saber, em que o médico é um corpo que caracteriza uma presença física e fomenta a “dissimetria absoluta na ordem regular do asilo” (FOUCAULT, 2006, p. 6).

Assim como a Psiquiatria busca exercer o seu poder nas políticas de saúde mental e na sociedade como um todo, outras instituições também têm o mesmo objetivo. Cada uma diz que o seu modelo é o que melhor serve, surgindo as seguintes indagações: Quem realmente está preocupado com a melhoria das condições de vida do doente mental? Quais os recursos técnicos ou modelos de atenção são os mais efetivos?

Se, por um lado, a ABP critica as políticas de fechamento dos leitos psiquiátricos e da transinstitucionalização originadas pelo movimento antimanicomial, por outro a Psiquiatria fomentou a situação degradante até então existente nos hospitais psiquiátricos, que foi mitigada significativamente com a Reforma Psiquiátrica.

De tal modo que os manicômios eram locais que promoviam verdadeiros holocaustos e fizeram parte do cenário da saúde mental brasileira, como destaca Arbex (2013):

Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas

morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. (ARBEX, 2013, p. 12).

Os manicômios, como o de Barbacena, que inspirou a autora na escrita do livro *Holocausto Brasileiro*, eram locais onde os doentes mentais permaneciam internados com o mínimo de tratamento, longe da família e comunidade, chegando muitas vezes a morrer no local, fato que foi agravado pela privatização destas entidades nos anos de 1960 e que indignou a população como um todo (AMARANTE, 1994, p. 79).

Os modelos antimanicomiais passaram a ser defendidos no final dos anos de 1970, momento em que os hospitais psiquiátricos eram fechados, ao criar serviços substitutivos, o que fez com que o Brasil e outros países pensassem em modelos de tratamento da saúde mental diferentes dos modelos manicomiais (EMERIM; SOUZA, 2016, p. 172).

Indignados com o tratamento dado aos doentes mentais e o crescimento dos manicômios privados na década de 1970, que visava a lucratividade às custas do sofrimento desta população, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), junto com usuários e familiares, iniciou o movimento da luta antimanicomial em 1978, pedindo um novo modelo de tratamento.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi fundamental para a criação do SUS:

As Conferências de Saúde sempre foram fundamentais para a democratização do setor. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde". A partir da promulgação da Constituição, em 1988, a saúde ganhou rumos diferentes com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 28 de dezembro de 1990, a Lei n.º 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social. (BRASIL, 2017, s.p).

Um ano depois, o MTSM se efetivou como movimento social que visava a política de sociedade sem manicômios e escreveu a Carta de Bauru, que recentemente completou 30 anos (CFP, 2017). O deslocamento do eixo de atenção iniciado pelo MTSM implicou na criação de práticas assistenciais territoriais e de desospitalização, graças à “ineficiência do modelo hospitalocêntrico e violência contida nessa dinâmica de tratamento da loucura” (CUNHA; BOARINI, 2016, p. 443).

Emerim e Souza (2016, p. 172) destacam que a promulgação da Constituição Federal de 1988 conferiu poderes significativos aos municípios, o que derivou um marco na reforma psiquiátrica do Brasil, ocorrido em Santos, no estado de São Paulo. Em 3 de maio de 1989, a prefeita da cidade, juntamente com o Secretário de Saúde e outras entidades competentes,

compareceu ao hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, conhecido por Casa dos Horrores em decorrência dos maus tratos, promovendo a sua intervenção (SANTOS, 2017).

Foi neste momento que o Secretário de Saúde do município incluiu a luta antimanicomial aos programas jurídicos, por achar importante não só criar um novo modelo, mas algo juridicamente compreensível. Qualquer luta pode ser ilegal em determinado momento, por isso ela deve ser institucionalizada, como forma de garantia.

A luta antimanicomial chegou ao Congresso Nacional no mesmo ano, por meio do Projeto de Lei n. 3.657, pelo Deputado Paulo Delgado, visando a extinção progressiva dos manicômios, a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória e a criação de novos recursos assistenciais (RONCOLATO, 2016).

A regulamentação do SUS (Leis n. 8.080 e 8.142, ambas de 1990) teve o foco na descentralização de poderes, universalidade do acesso, equidade, participação comunitária e operacionalização do serviço primordialmente pelos municípios, visando possibilitar condições saudáveis de vida nas populações, e alicerce para a implementação oficial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Após 12 anos de debates, foi promulgada a Lei n. 10.216/2001, que instituiu os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a substituição por serviços que promovam o tratamento dos pacientes sem retirá-los da convivência social e familiar.

Perpassados 17 anos da Lei da Reforma Psiquiátrica, progressivamente os hospitais psiquiátricos foram substituídos pela RAPS, tornando o acesso humanizado, além de promover a integração social e o fortalecimento da autonomia dos pacientes. Assim, aos internos em medida de segurança devem ser garantidos os direitos devidos às pessoas com transtorno mental, conforme assegura o parágrafo único, do artigo 2º, da Lei n. 10.216/2001:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2001).

Como se observa, não foram raros os esforços normativos para que as garantias chegassem ao seu público-alvo, aos pacientes psiquiátricos reclusos em decorrência de crime. O primeiro se deu quando o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça promulgaram a Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002, aprovando o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visando reconhecer a população que vive em presídios e manicômios judiciários como de responsabilidade de ambos os Ministérios.

No mesmo ano, em setembro, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CNSM/MS), em parceria com o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN/MJ), realizaram o Seminário Nacional para a Reorientação dos HCTPs, reunindo profissionais das mais diversas áreas da saúde e da justiça, com o propósito de estabelecer “diretrizes relativas ao atendimento das pessoas em medida de segurança e do destino de estabelecimentos como os HCTPs” (SILVA, 2010b, p. 664).

Já em 2 de janeiro de 2014 foi instituída a Portaria Interministerial n. 1, que trata da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), como parte do processo que coloca os loucos infratores também sob responsabilidade do Ministério da Saúde, determina que as pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança devem ser atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em nível estadual, a gestão penitenciária deveria garantir espaços adequados, além de apoiar técnica e financeiramente ações que viabilizem a implantação e a implementação de ambientes para as pessoas privadas de liberdade. Para se adequar aos parâmetros do PNAISP, em dezembro de 2015 o estado de Mato Grosso do Sul concluiu a reforma do Pavilhão de Saúde no Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho (EPSMJFC), o que não ocorreu nos demais estabelecimentos penais do Estado:

A reestruturação envolveu ainda a revitalização dos espaços onde acontecem os atendimentos médicos e odontológicos, conforme recomendações da Vigilância Sanitária, para a pactuação da unidade prisional à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), o que fará com que o setor funcione nos mesmos moldes de uma unidade básica de saúde, com início previsto para o próximo mês. (RODRIGUES, 2015).

A Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde, por sua vez, instituiu o serviço de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Em seu artigo 2º, considera beneficiária do serviço a pessoa diagnosticada com transtorno mental em cumprimento de medida de segurança, além de outros casos.

O avanço regulatório que decorreu do Seminário Nacional para a Reorientação dos HCTPs, no ano de 2002, foi a Resolução n. 05, de 04 de maio de 2004, que dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.

Enquanto regulamentação, esta teve o objetivo de proporcionar diretrizes para o tratamento dos doentes mentais inimputáveis, a fim de promover sua ressocialização por meio de programa individualizado de tratamento com a mesma qualidade oferecida ao restante da população com problemas mentais, incluindo a intersetorialidade; as condições adequadas de hospitais que deverão estar integrados à rede de cuidado do SUS; o tratamento na rede SUS onde não houver HCTP; o envolvimento dos familiares; a assistência no primeiro ano de desinternação no serviço local de saúde mental e, no caso de abandono ou falta às consultas, os serviços locais de saúde deverão fazer visitas domiciliares para promover o retorno ao tratamento.

Todavia, Cunha e Boarini (2016, p. 443) destacam que “em relação ao louco que infringiu a lei, os avanços da atenção à saúde mental ainda estão por acontecer”, até porque muitos HCTPs promovem a manicomialização dos sujeitos internados. Neste sentido, Emerim e Souza (2013, p. 140) destacam que a atenção é dada de maneira escassa a parte da população que cometeu delito, pois as ações de desinstitucionalização promovidas pela Lei n. 10.216/2001 raramente chegam aos HCTPs.

Barros-Brisset (2010a) não acredita que seja possível humanizar internando, porque

Não nos alinhamos com aqueles que acreditam que é possível construir uma solução humanizada para os manicômios, uma política de saúde mental para estas instituições. Mas estamos convencidos que temos a necessidade de construir uma política de atenção integral ao louco infrator, conforme os princípios da lei 10216/2001. (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 84).

Buscando convergir para a corrente que defende a desospitalização dos loucos criminosos, algumas políticas em saúde mental concernentes aos internos que cumprem medida de segurança mostram aspectos de desinstitucionalização: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), no estado de Minas Gerais

(TJMG, 2004); o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás (MPE/GO, 2009); e o Acompanhamento Terapêutico (AT).

Em novembro de 1999, quase dois anos antes da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, “iniciou-se uma mobilização política, social e intersetorial no sentido de tornar pública a violação dos direitos humanos aplicada institucionalmente aos loucos infratores” (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 117).

Neste mesmo ano, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) lançava, no IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Maceió, a campanha “Manicômio Judiciário... o pior do pior...”, e o estado de Minas Gerais redesenhava a assistência em saúde mental por meio da Lei Estadual n. 11.802/1995. Estes fatores foram fundamentais para que em março de 2000 a Corregedoria do Tribunal de Justiça de Minas Gerais criasse o projeto-piloto denominado Projeto de Acompanhamento Interdisciplinar ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), que se transformou efetivamente no Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), por meio da Portaria conjunta n. 25/2001, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 120-121).

Com isso, Belo Horizonte se tornou a primeira cidade brasileira a tratar os sujeitos em medida de segurança fora dos muros de uma prisão ou de um HCTP, “conjugando responsabilidade e inserção social, através de uma parceria com os diversos atores e instituições que cruzam esse campo” (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 125).

Em 2010, indicadores mostraram 126 sujeitos em medida de segurança, acompanhados pelo Programa, e apresentaram reincidência de apenas 2% dos casos em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, dentre os quais 25 cumpriam a medida de internação, 85 de tratamento ambulatorial e 14 já estavam em liberdade condicional (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 125-127).

O acompanhamento em espaço aberto mostrou que a média de permanência no Programa é de 5 anos até a cessação da periculosidade. Nos casos em que a medida seja tratamento ambulatorial ou de internação, a execução da sentença se dará na rede pública de saúde, satisfazendo os anseios do SUS (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 87).

A experiência do Programa mineiro instigou o poder público goiano a implantar um projeto semelhante em 2004, denominado PAILI-GO, que foi operacionalizado em 26 de outubro de 2006, outro marco na mitigação da crise vivida pelos sujeitos que cumprem medida de segurança, pois “a resposta encontrada pela crise substituiu a prática reacionária do manicômio pela inclusão dessa população nas políticas públicas de atenção à saúde mental, sem

desprezar a importância do tratamento jurídico na solução de cada caso” (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 123).

Logo, os anseios conseguidos pelo PAI-PJ, antes da Lei n. 10.216/2001, e da Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002, de intersectorializar saúde e justiça, efetivaram-se de vez no contexto goiano.

Silva (2010b) disserta que o PAILI-GO atingiu um grande grau de integralidade, intersectorialidade e interdisciplinaridade, objetivos do SUS, que não são possíveis com a criação de HCTPs e alas psiquiátricas em unidades prisionais, já que estes servem para depósitos de pessoas.

Sendo assim, a integralidade, prevista na CF/1988, é a forma de atendimento integral que prioriza a prevenção e não prejudica os serviços assistenciais, também dispostos na Lei n. 8.080/1990, que institui o SUS. São privilégios proporcionados pelo PAILI-GO, já que valorizam o regime de tratamento ambulatorial ao invés da internação e o atendimento mais próximo à residência.

No caso do atendimento a pessoas em medida de segurança, trata-se de tornar o atendimento ambulatorial cada vez mais viável no horizonte dos portadores de transtorno mental que venham a cometer crimes, mas sem deixar de oferecer suporte adequado quando isso for necessário, inclusive referência para atenção hospitalar em situações de agudização de sintomas. (SILVA, 2010b, p. 655).

O Programa se destaca também pela promoção da intersectorialidade, por mostrar que só a saúde não é suficiente, devendo promover parcerias com outros setores, conforme destaca Silva (2010b):

No caso do atendimento a pessoas em medida de segurança, ter advogado e acompanhante terapêutico na equipe faz muita diferença na condução dos casos clínicos, tornando a interlocução com o setor Justiça mais fortalecido e a circulação pelo espaço urbano mais facilitada. Isso sem falar das parcerias com a Assistência Social e a Habitação, que serão apresentadas mais adiante. (SILVA, 2010b, p. 656).

Logo, a tarefa que parece não ser tão simples concretiza-se com o PAI-PJ e com o PAILI-GO, programas que retiram sujeitos das condições degradantes dos manicômios judiciários, locais de afronta à Lei da Reforma Psiquiátrica e de crime de tortura, conforme destaca Silva (2010a, p. 113), que completa:

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

O espaço de tratamento não é mais o HCTP, mas o SUS, como lugar democrático, por ser um problema de saúde pública. Neste contexto, não é mais o juiz que determina o tratamento que deve ser dado ao paciente, mas o médico, conforme prevê a Lei de Execução Penal, por meio de laudo circunstanciado (SILVA, 2010a).

No caso do PAILI-GO, o recurso terapêutico dependerá da sentença de “acompanhamento em liberdade ou reclusão, tratamento ambulatorial ou hospitalar. No primeiro caso na rede pública de saúde mental, e no segundo caso exclusivamente na rede privada conveniada ao SUS” (SILVA, 2010b, p. 670).

Vale notar que este Programa oferece benefícios assistenciais sociais e jurídicos, como Programa de Volta para Casa e Benefício de Prestação Continuada, possuindo certa autonomia em relação ao Poder Judiciário no tratamento dado ao paciente infrator. No mais, Silva (2010b), em sua pesquisa sobre o PAILI-GO, identificou que em 2010 somente uma das cinco clínicas conveniadas ao SUS no estado goiano recebia os usuários do Programa.

Ainda no viés do rompimento da lógica manicomial à qual são submetidos os sujeitos em medida de segurança, Neto e Dimenstein (2016, p. 493) estudaram a proposta do Acompanhamento Terapêutico (AT) como “uma prática clínica cujo *setting* está nas ruas, esquinas, nas adjacências do serviço de saúde, assim como nos diferentes espaços sociais por onde o sujeito deseja circular”.

Quatro elementos são fundamentais para a efetivação do AT:

Primeiro, a presença dos princípios da Reforma Psiquiátrica nos discursos, leis, medidas administrativas e diferentes atores desse processo (governo, serviço, profissionais, comunidade). O segundo elemento é que o AT tem como espaço de atuação a cidade, que é processual, produtora de relações, negociações e conflitos. O terceiro elemento é a composição de uma teia de conhecimentos que não se restringe a um único saber, bem como o uso de uma teoria da clínica como caixa de ferramentas para o trabalho, na qual é importante considerar a presença dos seguintes princípios: a noção de que a subjetividade se produz na relação com a alteridade, bem como a ideia de que há uma dimensão de resistência na subjetividade que não se deixa capturar pelos poderes do Estado e da ciência. O quarto elemento é a disponibilidade pelo acompanhante e pelo acompanhado para experimentar o novo e o inusitado, a abertura para alteridade, assumindo tanto a dimensão de risco que isso comporta quanto o potencial de invenção. (NETO; DIMENSTEIN, 2016, p. 493).

Logo, os discursos criados pelos marcos regulatórios são apenas o primeiro passo. O segundo se dará na prática dentro dos espaços sociais, que será fomentado pelo terceiro, que é caracterizado pela teia de conhecimentos que servem como caixa de ferramentas. Tudo isto só funciona se combinado com o quarto elemento, a disponibilidade do acompanhante e do acompanhado em desfrutar destas novas possibilidades.

Estas condições resumem como é possível mudar o pensamento antimanicomial. Não basta que leis emerjam, é necessário conhecer e pôr em prática os conhecimentos, o que deve ser realizado por profissionais, doentes e familiares que tenham o objetivo comum de melhorar as condições de vida daqueles que se tratam.

Desta maneira, vale lembrar que Pintel também promoveu uma Reforma Psiquiátrica, sendo, inclusive, considerado um herói por desacorrentar os loucos, mas, segundo Foucault (2014a), houve uma pseudolibertação, já que o movimento objetivou a docilização por meio do exercício de poder, fazendo emergir um saber, o que fez com que não se tirasse as amarras, apenas as mudasse, pois o médico continuava exercendo sua autoridade frente ao doente.

De qualquer modo, os dispositivos advindos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, enquanto programas e orientações normativas, fomentaram uma adequação do tratamento do louco criminoso com os anseios da política antimanicomial. Embora tenha ocorrido uma mudança de paradigma, as estratégias de punição do louco criminoso se mantiveram, só com mecanismos diferentes, característica das mais diversas instituições que ainda possuem o aspecto manicomial.

Para observar estes elementos constituintes do tratamento do louco nas instituições penitenciárias, no próximo item será analisado o *locus* de estudo, Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) e Módulo de Saúde, objeto deste relatório.

2.3 O Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) e o Módulo de Saúde

Como dito anteriormente, por meio dos dispositivos vigentes, dos marcos regulatórios, para compreender as condições atuais de funcionamento do IPCG e do Módulo de Saúde é necessário resgatar alguns elementos históricos e dados que os caracterizam.

A Agência Estadual de Administração Penitenciária de Mato Grosso do Sul (AGEPEN/MS) surgiu em 1979, no momento da divisão do estado de Mato Grosso. O Decreto-Lei n. 11, de 1º de janeiro de 1979, além de instituir o Sistema Estadual de Justiça, autorizou a criação do Departamento Penitenciário do estado de MS (MORENO; FLANDOLI, 2016).

A denominação AGEPEN/MS surgiu com o advento da Lei n. 2.152, de 26 de outubro de 2000, dispondo sobre a organização e a estrutura básica do Poder Executivo do estado de MS, que atualmente está vinculada à Secretaria de Justiça e Segurança Pública, segundo a Lei n. 4.640, de 24 de dezembro de 2014, que Reorganiza a Estrutura Básica do Poder Executivo do Estado de Mato Grosso do Sul.

O complexo da AGEPEN/MS possui 47 unidades penais no Estado, distribuídas em 20 municípios, totalizando 7.641 vagas, com um efetivo carcerário de 15.811, conforme indicadores de dezembro de 2017. Considerando os modelos de cumprimento de pena, no regime aberto ou semiaberto somam-se 3.952 sentenciados; regime fechado são 11.859, sendo que destes 11.038 são do sexo masculino, representando maciçamente 93% da população carcerária, e 821 do sexo feminino. Assim, o déficit de vagas é de 4.218 vagas (AGEPEN/MS, 2017).

O IPCG é um presídio de segurança média, destinado a presos do sexo masculino em regime fechado de pena. Em março de 2017 possuía 268 vagas que eram ocupadas por 1.307 presos, gerando uma superpopulação de 487%. A maioria desta população é composta por sujeitos que possuem a escolarização do ensino fundamental incompleto (61,5%), 26,7% respondem pelo crime de roubo; 31,7% têm entre 35 e 45 anos; 24,4% têm a condenação entre mais de 8 até 15 anos de pena; 96,7% são naturais do estado de Mato Grosso do Sul, 49,1% consideram-se pardos; e 46,2% possuem união estável (IPCG, 2017).

Para esta população não há Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) e o tratamento dos internos que cumprem medida de segurança se dá em celas comuns, o que levou o Ministério Público Estadual (MPE), em 08.04.2008, a questionar a AGEPEN/MS se um dos internos se encontrava na ala destinada aos sujeitos que cumprem medida de segurança no IPCG.

Ainda em contexto de caracterização da instituição, o Plano Diretor do Sistema Penitenciário, de março de 2012, informava que havia 189 alunos matriculados no ensino médio como projeto de extensão escolar. O estabelecimento penal possuía uma biblioteca com 2.400 exemplares de livros e revistas, que colaboravam no processo educativo dos 744 internos da época. Pelo sistema cada interno poderia obter empréstimo de até dois livros por vez, no prazo entre 7 e 15 dias para devolução ou renovação. Eram registrada uma média de 50 empréstimos por semana e o *ranking* era liderado pelo exemplar do Código Penal Brasileiro (CPB), seguido da obra Estação Carandiru, de Dráuzio Varella, e do Dicionário da Língua Portuguesa (AGEPEN/MS, 2012).

No próximo item será considerada a assistência psicossocial enquanto parte constituinte da estrutura do IPCG.

2.3.1 A assistência psicossocial do IPCG

A Lei de Execução Penal (LEP) garante direitos aos detentos e internos do sistema prisional brasileiro, como a assistência penitenciária, por exemplo, que inclui ajuda educacional, médica, jurídica, social e religiosa. Assim, todo estabelecimento prisional deve oferecer estrutura suficiente para garantir estes direitos, preparar o apenado à reinserção social e prevenir a reincidência. O apoio inclui também os egressos do sistema penitenciário nos primeiros dois meses de liberdade por meio do Patronato Penitenciário.

Os internos do Centro de Triagem Anísio Lima (CT), do Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) e do Presídio de Trânsito (PTran) são assistidos pelo Módulo de Saúde do Complexo Penitenciário, que realiza uma média de 180 atendimentos médicos semanais, está subordinado administrativamente à Diretoria de Assistência Penitenciária e tecnicamente à Divisão de Saúde (AGEPEN/MS, 2017).

Até 2013, o norte regulamentar da saúde era o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), Portaria Interministerial MS/MJ n. 1.777, de 09 de setembro de 2003, que previa uma equipe mínima para a atenção básica em unidades penitenciárias, composta por médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário, com uma carga-horária de 20 horas semanais e atenderia de 100 a 500 presos. Em casos de emergência ou se o número fosse inferior a esta média, a atenção seria dada pela Unidade Básica de Saúde ou pela Estratégia de Saúde da Família Territorial.

A partir de 2014, com o advento da Portaria Interministerial n. 1, de 2 de janeiro de 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade, no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como já foi detalhado anteriormente neste relatório, que é operacionalizada pela Portaria n. 482, de 1º de abril de 2014, ao estabelecer que as Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) poderiam ter três tipos de Equipe de Atenção Básica Prisional, conforme detalhado no Quadro a seguir:

Quadro 1 – Composição, destinação, carga horária e profissionais envolvidos por ESP

EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL	QUANTIDADE DE CUSTODIADOS	CARGA-HORÁRIA POR PROFISSIONAL	PROFISSIONAIS
Tipo I	Até 100	6h/semanais	1 (um) cirurgião-dentista; 1 (um) enfermeiro; 1 (um) médico; 1 (um) técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; e 1 (um) técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal
Tipo I com Saúde Mental	Até 100	6h/semanais	Tipo I, acrescido de: 1 (um) psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental; 2 (dois) profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: a) Assistência Social; B) Enfermagem; C) Farmácia; D) Fisioterapia; E) Psicologia; ou F) Terapia Ocupacional.
Tipo II	101-500	20h/semanais	1 assistente social; 1 cirurgião-dentista; 1 enfermeiro; 1 médico; 1 psicólogo; 1 técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem; 1 técnico de higiene bucal/auxiliar de saúde bucal; e 1 profissional selecionado dentre as ocupações abaixo: a) Assistência Social; B) Enfermagem; C) Farmácia; D) Fisioterapia; E) Nutrição; F) Psicologia; ou G) Terapia Ocupacional.
Tipo II com Saúde Mental	101-500	20h/semanais	Tipo II, acrescido de: 1 psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental; 2 profissionais selecionados dentre as ocupações abaixo: a) Assistência Social; B) Enfermagem; C) Farmácia;

			d) Fisioterapia; E) Psicologia; ou F) Terapia Ocupacional.
Tipo III	501-1200	30h/semanais	Tipo II com Saúde Mental

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Em março de 2017, a população do IPCG era de 1.307 presos e deveria ser composta por 1 Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II e 1 tipo III, conforme critérios do Quadro acima. Todavia, o Módulo de Saúde atende 3 Estabelecimentos Penais e, segundo o Relatório Trimestral de Saúde, de outubro a novembro de 2016 era composto de 1 enfermeira, 1 assistente de serviço de saúde, 1 médico clínico, 2 cirurgiões dentista, 1 auxiliar de enfermagem e 1 técnica de enfermagem, vinculados à Secretaria Estadual de Saúde; 1 médico clínico geral, 1 médico infectologista e 1 médica psiquiatra, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde; 1 educador físico, vinculado à Secretaria Estadual de Educação; e 3 psicólogas e 1 auxiliar administrativo vinculados à AGEPEN. Todos com carga-horária total de 30 h/semanais.

O IPCG, por sua vez, possuía em seu quadro de saúde o mesmo clínico geral que atendia no Módulo de Saúde, além de 1 cirurgião dentista e 1 técnica de enfermagem também vinculados à Secretaria Estadual de Saúde; e 1 psicóloga vinculada ao Módulo de Saúde.

Apesar de constar que o Módulo de Saúde possui um psiquiatra, na verdade a médica é especialista em saúde mental, consequentemente não aparece na lista de associados da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

O acompanhamento psiquiátrico dos presos com algum comprometimento mental, inclusive os internos que cumprem a medida de segurança, é feito uma vez por mês, em média, segundo informações da diretora do Módulo de Saúde. A medicação é ministrada por um interno responsável pela ala. Há relatos de que nem sempre estes medicamentos são consumidos pelos pacientes, servindo, às vezes, como moeda de troca para outros consumos.

O tratamento ambulatorial é somente uma parcela das ações na área de saúde mental, como dispõe a Resolução n. 4, de 18 de julho de 2014, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que discorre que

As ações de saúde mental deverão considerar as necessidades da população privada de liberdade para prevenção, promoção e tratamento de agravos psicossociais, decorrentes ou não do confinamento e do uso abusivo de álcool e outras drogas. Para as pessoas com qualquer transtorno mental suspeito ou já diagnosticado, que se encontrem em conflito com a Lei, a atenção deverá ser orientada de acordo com a Lei 10.216/2001 e as portarias nº 3.088/2011 e 94/2014, mediante a adoção de projeto terapêutico singular e na rede de atenção psicossocial. (CNPCP, 2014).

Ao profissional que atua em saúde mental não basta apenas o conhecimento clínico, mas também a previsão dos direitos garantidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, tais como o tratamento de acordo com a necessidade que possui a doença mental, de maneira a respeitar a dignidade da pessoa humana, devendo envolver familiares, ambiente de trabalho e comunidade em que vive; a proteção do doente mental de qualquer forma de abuso ou exploração, sendo-lhe devidas todas as informações sobre as características da sua doença e dos medicamentos, assim como as perspectivas de melhora total ou parcial; menor invasividade possível do tratamento, preferindo o tratamento em serviço comunitário de saúde, para garantia da manutenção dos vínculos socioafetivos.

A internação também é um direito nos casos em que o tratamento extra-hospitalar se mostrar insuficiente, objetivando a reinserção social do envolvido. Por isso, não deverá se dar em instituições com características asilares que não possuam assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, como serviços médicos, socioassistenciais, psicológicos, de lazer e de ocupação.

As instituições, independentemente dos seus propósitos, adotam estratégias manicomiais utilizando métodos que visam controlar minunciosamente as operações sobre os corpos, assujeitando-os, tornando-os dóceis e úteis, sem se preocupar com a terapêutica que visa a melhora do sujeito, tratando-se mais de um serviço mecânico do que humanizador (SANTOS et al., 2006, p. 86).

Nestas instituições, o papel do profissional de saúde mental deve “construir ativamente condições concretas para o louco estabelecer trocas sociais de valor, ‘emprestando sua contratualidade’ nas ações reabilitadoras” (SILVA, 2010b, p. 678, 679), não apenas diagnosticar a doença mental.

Salvador et al (2006, p. 84) explicam que a “falta de preparação e esse contato inadequado só veio reforçar a tensão que o medo do desconhecido gerou em cada componente da equipe”, o que faz com que o contato entre profissional e paciente se torne muitas vezes traumatizante e inadequado.

Além da preparação dos profissionais, faz-se necessário também o trabalho multidisciplinar entre justiça e saúde, para que o mito da periculosidade do doente mental seja extirpado e proporcione-se, na medida do possível, proporcione “condições necessárias para que o paciente judiciário receba seu tratamento em saúde mental e tenha um acompanhamento de sua sanção penal de modo individualizado, particular, na medida de sua possibilidade, capacidade e responsabilidade” (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 123).

Treinamento e vontade de agir por parte dos profissionais da área de custódia e saúde mental contribuem para o banimento das práticas voltadas às instituições prisionais, asilares, permitindo proporcionar um plano terapêutico e de efetivo tratamento, todavia o que se tem, em regra, na sociedade são as estratégias de controle.

A medicalização em larga escala se apresenta como forma de controle amplamente utilizada pela Medicina. Gomes (2012, p. 484) destaca que “a psiquiatria biológica prescreve medicamento para todos os psicóticos, a despeito das singularidades”, logo torna-se mais um objeto de consumo que visa a normalização.

O paciente psiquiátrico passou a se confundir com os demais quando surgiram os neurolépticos, como a clorpromazina, que foi sintetizada no início da década de 1950 e utilizada como tranquilizante (MOREIRA, GUIMARÃES, 2007).

Se por um lado os medicamentos são formas de controle, por outro eles possibilitam o tratamento extramuros na rede CAPS (SILVA, 2010a). Assim, os doentes mentais, que caracteristicamente estão mais insuscetíveis à obtenção de direitos, têm a possibilidade de reinserção social.

Além da medicação, os internos em medida de segurança do IPCG efetuam atividades lúdicas, socioeducativas e dinâmicas de grupo, no Projeto Tratamento Penal, emergindo, assim, a possibilidade do resgate da autoestima e da reinserção social, que será detalhada a seguir juntamente com as concepções de acompanhamento terapêutico e deste Projeto.

2.3.2 Acompanhamento terapêutico e o Projeto Tratamento Penal

Desde março de 2015, o Projeto Tratamento Penal ocorre no Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho (EPSMJFC), no Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) e no Centro de Triagem (CT). Foi idealizado e é coordenado pela Diretoria de Assistência Penitenciária (DAP), visando

O resgate da autoestima, buscando novos valores e possibilidades de escolhas que se encaixem nas normas sociais, como uma importante ferramenta de mudança de vida [...] trabalha assistência psicológica por meio de atividades socioeducativas, lúdicas e dinâmicas em grupo, junto a custodiados inseridos em “medida de segurança” – que possuem alterações ou distúrbios psicológicos – e aos agressores inseridos na lei “Maria da Penha”. (OLIVEIRA, 2016).

A população em medida de segurança se encontra no EPSMJFC e no IPCG, a do CT é composta por reeducandos advindos da Lei Maria da Penha. As reuniões se caracterizavam por dinâmicas de grupo e atividades socioeducativas que fomentavam as relações interpessoais dentro do cárcere e o possível retorno ao vínculo social extramuros.

Na programação do Projeto está previsto que, antes de iniciar, os participantes serão convocados por um interno, que não cumpre a medida de segurança, e encaminhados das suas alas ao local da reunião, onde falam sobre si e realizam atividades lúdicas, como pinturas. Além de possuir mais recursos audiovisuais do que o EPSMJFC, no IPCG os encontros ocorreram, durante esta pesquisa, às quintas-feiras, em uma sala localizada depois dos pavilhões e que possui ar condicionado, cadeiras, televisão e quadro negro.

O Projeto também se destaca pelo fato de enxergar mais proximamente a realidade destes internos, satisfazendo, inclusive, suas necessidades pessoais, como fornecimento de material de higiene, vestes, óculos de grau e encaminhamento para atendimentos médicos. No final de cada encontro, que dura em média duas horas, é fornecido pela AGEPEN/MS um lanche preparado por outros internos ou provenientes de doações externas. Este momento também é aproveitado para conversar e estimular a relação entre eles ou mesmo falar das questões pessoais relativas a suas emoções e outras angústias. Alguns internos relataram a satisfação em participar destes encontros semanais, inclusive o resgate da autoestima.

Durante a pesquisa o Projeto no IPCG chegou a ter a participação de 8 internos, dos quais 4 foram selecionados para a elaboração deste Relatório de Dissertação pelo critério de participação ininterrupta entre os meses de março e setembro de 2017, período em que o pesquisador acompanhou as atividades e percebeu as particularidades de cada interno, como instabilidade de humor, níveis de tolerância, relação com o cumprimento da medida de segurança e perspectivas de retorno à sociedade.

Foi observado também que o cumprimento da medida de segurança se dá em celas comuns, diferentemente do EPSMJFC, que possui uma ala para esta população. Alguns reclamam das condições do presídio, por causa da superlotação, da desassistência jurídica e da inexistência de trabalho ou estudo para todos os internos, todavia se entusiasmam com o convívio junto aos demais presos.

Alguns participantes relatam que nem sempre o acompanhamento psiquiátrico é mensal, conforme informado pela instituição, podendo ocorrer trimestralmente, o que resulta, algumas vezes, na não prescrição medicamentosa no período necessário. Ressaltam que o trabalho é significativo, não exclusivamente para uma remição de pena, mas para aumentar a autoestima, que é reforçada pelo convívio com os demais internos.

Alguns sentem-se mais equilibrados e têm prazer em participar do Projeto, embora não seja uma satisfação de todos. Há os que não participam sempre dos encontros semanais. Assim, denota-se que as subjetividades se vinculam a verdades e que nem sempre os sujeitos se portam da mesma forma, tudo depende do trabalho sobre si em determinado tempo e espaço, já que as

significações são mutáveis, assim como os códigos morais, refletindo nas emoções, porque as tecnologias em cada momento também constituem suas condutas e pensamentos.

As atividades do Projeto, sua forma de organização, algumas manifestações dos indivíduos envolvidos, reforçadas pelas condições de loucos e criminosos dos que atualmente se encontram sob a tutela do Estado, assim como o detalhamento das condições de inimputáveis serão analisados no próximo capítulo.

3 OS SUJEITOS QUE CUMPREM A MEDIDA DE SEGURANÇA NO IPCG

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um a sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar do cômico; ele diz o amor para os enamorados, a verdade da vida aos jovens, a medíocre realidade das coisas para os orgulhosos, os insolentes e os mentirosos.

(FOUCAULT, 2014a, p. 14)

A partir da busca para revelar as relações de saber-poder que atravessam as subjetividades, este capítulo é um dossiê inspirado nas peças jurídicas e nos relatórios médicos dos quatro sujeitos da pesquisa, dos quais se construíram os indicadores sociodemográficos, a noção de inimizabilidade atribuída à relação crime e doença mental, a periculosidade que é originada pelo Incidente de Insanidade Mental (IIM), a fundamentação da doença nos manuais classificatórios e as verdades construídas pelos diagnósticos, os desdobramentos do cumprimento da sentença de medida de segurança, a possibilidade de liberdade com o Exame de Cessação de Periculosidade (ECP) e o prazo de cumprimento da medida de segurança.

Após consulta aos aparatos reguladores envolvendo leis, programas e projetos cujo foco foram os sujeitos em medida de segurança sob a tutela do Estado, estabeleceu-se nos capítulos anteriores relações entre os marcos regulatórios e a instituição *locus* deste estudo, que foram subsidiadas por reflexões amparadas na base teórica e em autores que se dedicam à mesma problemática.

Para proceder estas análises, tomou-se como referência a obra “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...: Um caso de parricídio do século XIX, apresentada por Michel Foucault” (2013b) como modo operativo dos dispositivos e tecnologias *jus* e *psi* que ditam as verdades sobre si, no caso desta pesquisa os internos que cumprem medida de segurança, propósito deste capítulo.

Como pôde se observar durante este estudo, a punição possui uma função social complexa, na qual o castigo está relacionado a uma prática política em seu caráter amplo, não se reduzindo a uma especificidade em si, mas às dinâmicas que se fazem presentes em seus marcos regulatórios, dentre eles a humanização das penas, em que, muito além dos seus propósitos, é uma nova tecnologia de poder que origina um novo saber em vistas ao sujeito. Como lembra Foucault (2014b, p. 27), há uma “metamorfose dos métodos punitivos a partir

de uma tecnologia política do corpo onde se poderia ler uma história comum das relações de poder e das relações de objeto”.

O discurso científico, portanto, é uma forma de requalificar um saber e justificar um novo exercício de poder, em que o homem nas ciências humanas, biológicas e econômicas é o objeto que passa a ser classificado como normal ou anormal, dependendo do contexto temporal e espacial. É a figura do criminoso, o inimigo de todos, o monstro, o louco, o anormal, um indivíduo que deve ser submetido a um tratamento preferencialmente em isolamento, pois “A fala do louco infrator – desqualificada, sem lugar – não é lugar da verdade, como nenhum discurso o é. Não há relação imediata entre palavras e coisas, uma única narrativa não dá conta de uma experiência – ela já é uma interpretação” (EMERIM e SOUZA, 2013, p. 145).

O tratamento dos sujeitos que cumprem medida de segurança é uma forma de intervenção que gera saberes correlatos, uma maneira de conhecê-lo criteriosamente e categorizá-lo. O poder exercido por intermédio das instituições, cuja função principal é empreender a disciplina composta por micropoderes, marcada por categorizar e regradar a conduta do sujeito, inclusive seus pensamentos, pois

A disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela combinação de forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação de forças, organiza táticas. (FOUCAULT, 2014b, p. 165).

Repartindo, codificando as atividades, acumulando o tempo e combinando as forças, o poder disciplinar singulariza (submetendo, separando, analisando, diferenciando e classificando) e fabrica indivíduos para servirem de instrumentos do seu exercício. No caso do louco criminoso, “a saída tradicional era presumir ali um sujeito intrinsecamente perigoso e segregá-lo aos porões da loucura por tempo indeterminado” (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 119).

A singularização gera uma distribuição dos indivíduos em um espaço segundo o princípio do quadriculamento, uma divisão em tantas parcelas quantas os corpos exigirem, que possibilite o conhecimento, a dominação e a utilização de cada um em um espaço celular. Localizações funcionais que facilitam a vigilância e a criação de espaços úteis que se fundamentam na técnica de observação médica, permitindo multiplicidades organizadas que estão à mercê de distribuição e análise, controle e inteligibilidade (FOUCAULT, 2014b).

Trata-se de práticas que se justificam-se pela política contemporânea, na qual a figura do louco criminoso decorre de uma patologia da ética, a partir do momento em que é

singularizado, e a loucura faz com que ele não mais responda por si, descaracterizando-o como sujeito de direito, mas que deve ser examinado (REIS, 2010).

Os enfermos, os loucos, os escolares, os internos e os presos são colocados em uma submissão de exame quase que perpétuo, e muitas vezes não percebido, capaz de inserir a individualidade em um campo documental, onde cada um é um caso (CASTRO, 2016).

O exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinado com a vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composição ótima das aptidões. Portanto, de fabricação da individualidade celular, orgânica, genética e combinatória. Com ele se ritualizam aquelas disciplinas que se pode caracterizar com uma palavra dizendo que são uma modalidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente. (FOUCAULT, 2014b, p. 188).

O exame permite, portanto, classificar e punir, pois torna os indivíduos visíveis por meio de diferenciações e sanções que lhe são impostas, é o elemento normalizador que une o poder médico e o psiquiátrico, uma costura entre os saberes *jus* e *psi*, que fundamenta a classificação dos anormais (WEIGERT, 2015).

Descrevendo e analisando o indivíduo é possível enquadrá-lo em um grupo ou população, desta maneira os documentos não servem para uma memória futura, mas para uma utilização eventual do enquadramento do louco, do doente, do condenado, passo fundamental dos processos de objetivação/subjetivação e sujeição (FOUCAULT, 2014b).

O exercício do poder, ao produzir campos de objetos e rituais de verdade, mostra que “o indivíduo é sem dúvida o ato fictício de uma representação ‘ideológica’ da sociedade; mas é também uma realidade fabricada por essa tecnologia específica de poder que se chama ‘disciplina’” (FOUCAULT, 2014b, p. 189).

Indicadores são levantados para fundamentar o exame feito sobre os indivíduos, que efetivarão a melhor forma de controle pela instituição, e entrar num campo documentário, formalizando a rede de poder, porque ao categorizá-los fixa-os às normas.

Por mais que a estatística não represente diretamente os sofrimentos vividos por cada indivíduo, porque não explicita processos, é uma maneira de classificação que relaciona os seus atos a questões sociodemográficas e aproxima do conhecimento de quem são estes sujeitos por meio de variáveis qualitativas.

Deste modo, o Quadro 2 apresenta os dados sociodemográficos relacionados à idade, profissão, escolaridade, cor/raça, profissão e o fato de estar empregado na data do crime. A

todos os sujeitos deste estudo foram atribuídos nomes grego-mitológicos considerados cruéis para preservar a sua identificação, o que poderá ser observado a seguir.

Quadro 2 – Relação idade na data do crime, escolaridade, cor/raça, profissão e emprego na data do crime

NOME	IDADE NA DATA DO CRIME	COR/ RAÇA	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	EMPREGADO NA DATA DO CRIME?
Thanatos	24	Branca	EFI	Serviços braçais	Não
Érebo	41	Branca	EFI 4	Motorista	Não
Tártaro	31	Branca	EFC	Pintor de letreiros	Não
Hades	33	Negra	EFC	Tratorista agrícola	Sim

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Observa-se que no grupo estudado apenas 1 tem menos de 30 anos, assim como somente 1 é da raça negra e os demais se caracterizam como brancos. Metade do grupo possui o ensino fundamental completo e a outra metade incompleto, entretanto todos possuem uma profissão, o que, a princípio, garantiria uma renda, se não fosse o fato de somente um estar empregado no momento do delito.

A partir deste mapeamento geral do grupo estudado, as análises a seguir, em tópicos, são norteadas pelas noções de inimputabilidade e periculosidade, esta que é o dispositivo essencial para o exercício das práticas em torno do louco criminoso.

3.1 A inimputabilidade em decorrência de doença mental

Embora o artigo 26 do Código Penal Brasileiro (CPB) determine que os sentenciados que apresentem a doença mental ou o desenvolvimento mental incompleto (retardado), e que era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, o que leva o indivíduo à condenação em medida de segurança é a sua “periculosidade”.

Portanto, o crime cometido deve ter relação direta com a patologia psíquica do sujeito, influenciando-o na ausência de entendimento do que está fazendo ou na incapacidade de se determinar conforme a sua vontade. Não é simplesmente o fato de o autor do delito possuir uma

doença mental que fará com que ele cumpra a medida de segurança, é necessário que o magistrado considere a correlação do delito com a doença mental.

Este é considerado inimputável, não deve ser responsabilizado criminalmente pelo delito cometido, devendo ser absolvido e não cumprir pena. No caso de absolvição, esta não se atrelará à liberdade, pois será submetido a um tratamento de internação ou tratamento ambulatorial, dependendo do delito cometido. Trata-se de uma maneira que a sociedade compreende, por intermédio das suas práticas culturais, como uma forma de proteção dos loucos-criminosos (SANTOS et al., 2006).

A pena é de natureza retributiva e preventiva, estando sustentada pela culpabilidade, enquanto a medida de segurança é preventiva e se fundamenta na periculosidade. A proporcionalidade da pena depende da gravidade da infração, enquanto a da medida de segurança depende da periculosidade do agente.

Por mais que a legislação penal, a jurisprudência e as doutrinas jurídicas norteiem as práticas em torno dos sujeitos inimputáveis por doença mental, ao mesmo tempo, absolvidos pela ausência de entendimento, são culpabilizados e submetidos compulsoriamente a um tratamento, “o inimputável é reduzido à menoridade e à desrazão e considerado incapaz de julgar a si e aos seus atos” (EMERIM e SOUZA, 2016, p. 173).

Logo, não se sabe exatamente se estes sujeitos estão pagando pelos seus atos ou estão sendo tratados da doença diagnosticada. Fato é que eles estão à margem da sociedade, enclausurados em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) ou em celas comuns.

As verdades são percebidas nas contradições, todavia o trabalho de análise da previsão legal também é uma forma de subjetivação dos internos que cumprem a medida de segurança. É uma verdade que circula entre eles, assim como a definição do doente mental e o próprio itinerário jurídico que assujeita-o, em que o primeiro passo é a instauração do Incidente de Insanidade Mental (IIM), que será apresentado a seguir.

3.2 A comprovação da inimputabilidade – o Incidente de Insanidade Mental (IIM)

A prova pericial é uma das modalidades admitidas no Direito Penal e fundamental na produção de verdade sobre os sujeitos considerados inimputáveis em decorrência de doença mental. Sempre que o magistrado tiver dúvidas sobre as faculdades mentais do acusado, determinará que seja realizado o exame denominado Incidente de Insanidade Mental (IIM) por perícia psiquiátrica oficial.

Na qualidade de perito dos peritos (*iudex est peritus peritorum*), o juiz pede as informações para subsidiar sua decisão, podendo não se vincular ao laudo, requerer outro ou decidir independentemente de documento, conforme o princípio da livre apreciação das provas (artigo 157 do CPP) “um meio termo entre a prova legal e a íntima convicção” (WEIGERT, 2015, p. 83).

O juiz busca a prova do que ele quer se convencer, a manicomialização começa antes mesmo do ingresso do sujeito nos muros do ECTP, pois, convencido de que o crime foi cometido, o magistrado busca de ofício a comprovação da loucura do sujeito, em que o psiquiatra também terá o seu protagonismo.

Segundo Eça (2008) a psiquiatria forense é um ramo que tem como um dos seus objetivos tirar de circulação o indivíduo que é perigoso no convívio social. Estes são discursos que circulam na sociedade, na qual, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar” (FOUCAULT, 2000, p. 10).

Na luta pelo exercício do poder está a elaboração do laudo e a possível aceitação pelo magistrado. De acordo com o artigo 176 do CPP, os quesitos poderão ser elaborados pelas partes ou pelo juiz.

Não se trata de uma mera objetividade jurídica de sim ou não, o psiquiatra, por mais que funcione como um auxiliar do juiz, tem a liberdade para escrever o seu laudo, expondo os fatores que achar necessários, como a identificação do sujeito, questões pregressas e correlação com o comportamento atual com o crime cometido e exames clínicos e complementares, desde que não emita nenhum parecer jurídico.

De qualquer modo, são dispositivos que produzem o sujeito louco criminoso, o anormal, o perigoso.

Se, do ponto de vista jurídico, o laudo pericial tem uma finalidade muito clara dentro do processo penal, é uma das provas mais importantes a embasar a decisão do juiz, parece interessante notar o que a psiquiatria pretende extrair desse mesmo laudo. Desde a ciência médica há também determinados regimes de verdade que se constroem e são construídos através dessa perícia e parece importante perceber agora a verdade perseguida pela psiquiatria quando a realiza. (WEIGERT, 2015, p. 87).

Na análise da anormalidade, as perícias médico-legais possuem um papel fundamental de exercício de poderes e formação de saberes. O assujeitamento dos indivíduos perversos e perigosos se dão por uma qualificação médica e legal ao mesmo tempo. São anormais aqueles sujeitos aos poderes da normalização por meio de “mecanismos sociais para seu controle” (CASTRO, 2016, p. 367).

A inimizabilidade criminal se dá em torno de uma mecânica do poder punitivo como forma de racionalidade do criminoso e inteligibilidade do crime, momento em que a loucura é qualificada como perigo e os psiquiatras passam a ter o papel de higienistas públicos que satisfazem as precauções sociais, “o perigo social será codificado, no interior da psiquiatria, como doença” (FOUCAULT, 2010b, p. 101) e o louco será considerado um degenerado.

Assim, “foi preciso que a psiquiatria, para funcionar como eu lhes dizia, estabelecesse a pertinência essencial e fundamental da loucura ao crime e do crime à loucura” (FOUCAULT, 2010b, p. 102).

A psiquiatria possui, desde meados do século XIX, o papel fundamental na tecnologia de normalização social, como forma de correção, por meio da emissão dos laudos e pareceres técnicos, o psiquiatra é também conselheiro da punição e determinador de práticas sociais (EMERIM e SOUZA, 2016, p. 174).

O IIM é um exame feito com diversas perguntas relacionadas ao ato ilícito cometido e à vida do acusado, um ritual do contraditório que tem de um lado o interesse punitivo estatal, a acusação, e de outro o interesse do acusado em se livrar da acusação e das sanções, a defesa. Além das respostas aos quesitos, o médico psiquiatra elabora um laudo que não necessariamente se vincula às questões estipuladas.

Durante este processo, faculta-se ao indiciado ou ao réu indicar um assistente técnico para usufruir do contraditório e da ampla defesa, que é aparentemente uma garantia. O processo principal é suspenso até que haja o esclarecimento da inimputabilidade, exceto nos casos que as diligências forem prejudiciais ao adiamento em virtude da suspensão processual.

O laudo de insanidade mental pode ser questionado, aí se nota a importância do assistente técnico, tanto pela defesa quanto pela acusação, podendo, inclusive, requerer um novo laudo pericial. Assim, todos os fatos devem ser analisados com o intuito de compreender a relação da doença e da vida pregressa com o crime. Trata-se de uma pesquisa que determina a verdade baseada na análise do discurso dos fatos linguísticos, com suas estratégias e polêmicas (FOUCAULT, 2013a, p. 18).

Percebe-se que o sujeito não é um dado estático, mas se constitui por sua história. O que cumpre a medida de segurança possui a particularidade de transgredir a regra dos jogos de verdade estipulados pelo ordenamento jurídico brasileiro, forma de conhecimento inventado, regra arbitrária tanto no entendimento da lei quanto no próprio processo de julgamento, já que “o conhecimento é sempre uma relação estratégica em que o homem se encontra situado” (FOUCAULT, 2013a, p. 33).

Neste caso, a estratégia utilizada não é somente identificar o crime e relacioná-lo à patologia do sujeito, mas atribuir a presunção de periculosidade. Além de ter cometido um crime relacionado à loucura, as práticas sociais e os textos normativos mostram que estes indivíduos devem ser vistos como perigosos para a sociedade (BARROS-BRISSET, 2010b, p. 124).

Para ser submetido à medida de segurança, não basta o sujeito ter cometido um crime que tenha relação com a sua doença mental, mas que o juiz concorde com esta posição e o considere perigoso. [...] “a periculosidade é o fundamento da imposição da medida de segurança no Brasil. [...] a inimputabilidade do sujeito está sim atrelada à característica da periculosidade” (WEIRGET, 2015, p. 89).

A noção de periculosidade presumida está estampada no livro “Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...”, no qual Foucault (2013b) mostra que a transitoriedade da subjetividade é composta de leitura a partir de diversos olhares, os acontecimentos, e o que se diz oficializado, os discursos. Assim, a história conta o que é dito por quem quer dizer.

O sujeito louco criminoso é dito por um dossiê originado pelo cruzamento de diversos discursos e acontecimentos expostos por relatórios médicos e peças jurídicas, as batalhas dos médicos entre si ou com os magistrados fazem emergir aquele que está no centro de tudo – lá Pierre Rivière, aqui Thanatos, Érebo, Tártaro e Hades, todos sujeitos “perigosos”.

Suas verdades são baseadas nos documentos expostos neste trabalho, assim como fez Foucault na obra sobre Pierre, em que somos capazes de analisar a formação dos saberes e os jogos de poderes, as relações com as instituições que encobrem a verdadeira essência destes sujeitos que estão inseridos e classificados no discurso de loucos e/ou de criminosos.

Especificamente neste relatório, analisar-se-á com mais detalhes a situação de Thanatos, interno diagnosticado inicialmente com esquizofrenia paranoide, que matou a sua mãe com golpes de faca, obedecendo uma voz que dizia para decepar o pescoço dela e beber o seu sangue, no dia 21 de dezembro de 1998, às 3h30min, momento em que se sentia “endemoniado” pelo fato de os seus vizinhos terem feito bruxaria contra ele, porque, segundo ele, eram seus desafetos e o invejavam.

A vítima encontrava-se com as peças íntimas abaixadas e o vestido levantado porque, depois do homicídio, conforme consta nos autos, ele tentou se relacionar sexualmente, o que caracterizaria vilipêndio ao cadáver, mas não teve ereção. Posteriormente, se dirigiu à casa de um vizinho que estava viajando, matou o cachorro e tomou o seu sangue.

Tais atos fizeram com que os seus vizinhos o algemassem em uma árvore para linchamento, segundo relato de uma testemunha. Outra testemunha alegou que a mãe do acusado aparentava também ter problemas mentais e que era constantemente agredida por Thanatos. Ele também incomodava a vizinhança jogando pedra nos telhados de suas residências.

A vida pregressa mostra que, ainda na adolescência, Thanatos estudou na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e teve acompanhamento psiquiátrico. Em seu depoimento na delegacia, disse que, em condições normais, jamais cometeria o ato, apesar de sempre pensar em matar a mãe quando estava perto dela. Os pesadelos eram frequentes, sonhos com cachorro grande, diabo, gritos e sussurros, fazia com que não tivesse boas noites de sono.

Foi só a partir de 1998 que começou a sentir estas alucinações, antes jamais tinha utilizado medicamentos psiquiátricos e, segundo ele, tampouco foi submetido a tratamento para qualquer tipo de patologia, embora tenha frequentado uma instituição especializada, que realiza diagnóstico, atendimento e apoio aos deficientes mentais. No mais, seus antecedentes criminais revelam que já cometeu outros delitos, como quando desacatou autoridades policiais, embora não tenha chegado a responder processo criminal ou sido intimado judicialmente.

Os crimes cometidos em ambiente familiar causam repúdio social, dos quatro sujeitos pertencentes ao grupo estudado, Thanatos foi o único que cometeu o delito em ambiente familiar. Indicadores relacionando o crime à situação familiar dos acusados são mostrados no Quadro a seguir, conforme informações constantes nos processos consultados.

Quadro 3 – Relação do crime cometido com a relação familiar

NOME	CRIME	SITUAÇÃO CONJUGAL	TEM FILHOS?	COMETIDO EM AMBIENTE FAMILIAR?	RECEBE VISITA?
Thanatos	Homicídio simples	Solteiro	Não	Sim	Não
Érebo	Estupro de Vulnerável	Solteiro	Não	Não	Sim
Tártaro	Violação sexual mediante fraude	Amasiado	Não	Não	Não
Hades	Homicídio simples	Solteiro	Não	Não	Não

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Ressalta-se que os quatro sujeitos são condenados, sendo dois por crimes contra a vida (Título 1, Capítulo 1 do Código Penal), e os outros dois por crimes contra a dignidade sexual

(Título VI do Código Penal) que se deram contra crianças do sexo feminino, ambos com a introdução do dedo na vagina e um deles mediante a entrega de doce, o que caracterizou a fraude.

Na realidade brasileira estas modalidades de crime ocupam a segunda e a terceira colocação, respectivamente, e a maior parte dos internos que cumprem medida de segurança foram condenados por crimes contra o patrimônio (Título II do Código Penal) (DINIZ, 2013).

Thanatos, Érebo e Hades são solteiros, seguindo o estereótipo da maior parcela da população que cumpre a medida de segurança no Brasil (DINIZ, 2013). Tártaro, acusado de violação sexual mediante fraude de uma criança, era o único amasiado no momento do crime.

Thanatos foi o único sujeito que cometeu o crime em ambiente familiar, ao matar a sua mãe, fazendo parte da estatística que indica 26% da população masculina em medida de segurança no Brasil.

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. (DINIZ, 2013, p. 16).

Apesar de a casa ser o espaço de expressão da loucura, e conseqüentemente de possíveis atos infracionais relacionados à patologia, a convivência familiar é importante não só na atenção e no cuidado do sujeito denominado louco quando está dentro do lar, mas também na sua recuperação intramuros.

Segundo a Lei n. 10.2016/2001, dentre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais está a reinserção familiar. A Lei de Execuções Penais (LEP) também dispõe que os presos têm direito à visita de cônjuge e parentes. Apesar das garantias legais, somente Érebo recebia visita enquanto estava internado.

O medo paira em torno dos loucos criminosos, o que faz com que a maioria de seus familiares também os abandone no cárcere quando não os visitam. É um medo criado não só pelo imaginário social, mas também pelos sistemas de produção probatória das ciências *jus* e *psi*. Uma suposta verdade assujeita o indivíduo ao considerá-lo anormal por meio de um laudo pericial, perpetuando a noção de periculosidade do sujeito e sua exclusão da sociedade (WEIGERT, 2015).

O que se observa em um laudo não chega a ser uma face de uma moeda, mas, no máximo, uma parte ínfima de uma das faces da moeda que constitui o sujeito. [...] “muitos, porém, ainda pensam a prova como se ela contivesse a fórmula mágica de desvelar o delito e responder aos anseios sociais, materializando aos olhos do julgador a mais pura e concreta verdade, como se de fato ela existisse” (WEIGERT, 2015, p. 79).

Como se a prova pericial se adequasse à norma do que a sociedade anseia no exercício do poder judiciário, a verdade esclarecida pune os delinquentes, mesmo que essencialmente não seja o ato de fazer justiça, mas de fazer de vingança.

Se de um lado o CPB prevê a categoria crime, de outro a sua psicopatologia está atrelada ao ateste do psiquiatra, que emite o laudo de insanidade mental fundamentado em um manual classificatório, ao expor as conclusões técnicas-científicas, como se verá a seguir.

3.2.1 A psicopatologia caracterizada nos manuais classificatórios

A normalização de sujeitos e das populações se dá por meio de estratégias fundadas em exercícios de poderes que visam distinguir o normal do patológico. Se antes estudou-se sobre os aspectos relacionados à conduta criminosa, agora passa-se a ver como a loucura está relacionada à conduta do sujeito e à descrição dos manuais classificatórios, tais como Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Este trabalho utilizará como referência o CID-10, por ter sido o manual utilizado nos mais diversos laudos dos sujeitos estudados durante a elaboração do dossiê.

Vale ressaltar que a raiz da patologia não deve ser procurada em uma metapatologia qualquer, “mas numa certa relação, historicamente situada, entre o homem e o homem louco e o homem verdadeiro” (FOUCAULT, 2000, p. 8). Portanto, o psiquiatra possui um papel fundamental de exercer o controle ao diagnosticar o homem louco por meio de uma conduta que se atrela aos manuais.

Neste contexto, o século XX foi marcado pela inovação das estratégias de controle na saúde pública, incluindo a Psiquiatria e a Psicofarmacologia. Após a Segunda Guerra Mundial, a doença mental passou a ser tratada também por meio das substâncias psicoativas, como antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, ansiolíticos, dentre outros (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

O mandato social da psiquiatria sobre a loucura foi fortalecido com o uso da medicalização em larga escala como forma de controle da normalidade e a pseudo objetividade diagnóstica, dita científica, que rotula estes indivíduos com base nos manuais classificatórios, como a Classificação Internacional de Doenças (CID), que atualmente está na décima versão e possui um capítulo especial para transtornos mentais e comportamentais.

Severo e Dimenstein (2009, p. 60) destacam que “o diagnóstico psiquiátrico fundamenta-se nas normas circunscritas à sociedade em que vivemos, apresentando-se como

uma categorização científica de algo que foge dessa norma”, a exclusão. Para efetivar este controle, novos desvios são inventados, nomenclaturas alteradas, manuais atualizados e categorias de classificações diagnósticas amplificadas. Estas alterações não necessariamente surgem como forma de amenização do sofrimento do sujeito, mas como uma categoria diagnóstica que tem o “poder de capturar as mais tênues diferenças com relação à norma” (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009, p. 60).

A categorização classificatória do mapeamento das implicações diagnósticas mostra que a noção de periculosidade passa pela categorização da patologia do sujeito que possui a finalidade de tratamento, embora ocorra pelo esquadramento e encarceramento que não necessariamente se atrelam à terapêutica.

Buscando elencar o crime com a doença mental, o Quadro a seguir relaciona o tipo penal com o diagnóstico que fundamentou o IIM.

Quadro 4 – Relação tipo penal com o diagnóstico que fundamentou o IIM

NOME	TIPO PENAL	DIAGNÓSTICO QUE FUNDAMENTOU O IIM
Thanatos	<i>Crime contra a vida</i> Homicídio	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide
Érebo	<i>Crime contra a dignidade sexual</i> Estupro de vulnerável	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide
Tártaro	<i>Crime contra a dignidade sexual</i> Violação sexual mediante fraude	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide; CID-10 F60.2 Personalidade dissocial; CID-10 F70.0 Retardo mental leve
Hades	<i>Crime contra a vida</i> Homicídio	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Todos os sujeitos foram diagnosticados com esquizofrenia paranoide. Além deste diagnóstico, Tártaro, suposto autor de violação sexual mediante fraude, foi detectado com personalidade dissocial e retardo mental leve.

De acordo com os indicadores do censo “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil” (DINIZ, 2013), dentre os internos que cumprem medida de segurança, a esquizofrenia ocupa a sétima posição na recorrência dos crimes contra a dignidade sexual, totalizando 10% – a maior recorrência deste tipo criminal está vinculada aos transtornos da preferência sexual.

Já nos casos de crime contra a vida, a esquizofrenia representa 51% dos casos, atrás somente dos relacionados à epilepsia, com 56%. Logo, a esquizofrenia, apesar de ser o

diagnóstico comum entre os quatro sujeitos pesquisados, não é a maior responsável pelo cometimento de crimes contra a vida e crimes contra a dignidade sexual entre os internos que cumprem a medida de segurança no Brasil.

Todavia, os jogos de verdade que circundam estes sujeitos demonstram que o diagnóstico serve como ferramenta de sujeição a determinadas das relações de poder, e a própria noção de periculosidade possibilita a constituição do sujeito como objeto de conhecimento e modula a subjetivação do indivíduo. “Eis o primeiro passo na lógica manicomial, tomar os dados psiquiátricos como incontestáveis verdades, legitimadoras das decisões judiciais e práticas nas instituições manicomiais” (WEIGERT, 2015, p. 96).

A junção dos saberes *jus* e *psi* criam enunciados com estatuto de verdade, que circulam como regra constituinte do discurso que diferencia o sujeito normal e do sujeito louco, inserindo este em determinadas redes de práticas coercitivas, como o cumprimento da medida de segurança. Na efetivação das práticas manicomiais dos sujeitos considerados anormais, ver-se-á que as estratégias não se preocupam especificamente com a sua doença e nem com o seu crime, mas com a sua periculosidade, fator trivial para a internação.

3.3 O cumprimento da medida de segurança

A internação compulsória da medida de segurança é a resposta do Estado para tratar a periculosidade do sujeito considerado louco criminoso. É a verdade estabelecida pelos discursos psiquiátricos e jurídicos que visam a docilização e a normalização dos corpos dos doentes mentais criminosos, prática usual desde os idos do século XIX (FOUCAULT, 2014b).

Desta maneira, a lógica asilar toma espaço frente às práticas propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, e a lógica antimanicomial não se efetiva com estes sujeitos, salvo raras exceções expostas no tópico 2.2 deste trabalho. O próprio fato de serem classificados pela loucura e a delituosidade “acaba por moldar um sujeito não sujeito de sua própria vida” (WEIGERT, 2015, p. 105) tanto dentro quanto fora dos muros do manicômio.

A execução da medida de segurança assujeita o indivíduo ao exercício do poder de um magistrado até então estranho ao processo, o juiz de execução, que pode apontar e ordenar o aperfeiçoamento das estratégias de controle do interno ou até liberá-lo da sanção.

O que justifica a instituição da prisão são os discursos de exclusão social dos delinquentes. A delinquência não é uma característica inata do indivíduo, mas construída, já que os sujeitos são constituídos na história, inclusive pelos discursos que o aprisionam em

classificações, o que faz com que a prisão tenha um sentido mais abrangente pelas práticas sociais que vão além dos muros do cárcere (FOUCAULT, 2013a).

Se o poder disciplinador se efetiva dentro das instituições, a biopolítica, como controle sobre a vida, transcende os muros do cárcere, ou seja, a vida biológica dos sujeitos passa a ser tutela do Estado, se na monarquia o soberano deixava viver e fazia morrer, com o biopoder há uma inversão, logo faz-se viver e deixa-se morrer (FOUCAULT, 2008).

Estas mortes são representações das mais diversas maneiras, como pela diversidade de mecanismos de controle destes anormais, que, antes de serem depositados nos cárceres, têm itinerário jurídico mostrando que sua morte se dá de outras maneiras.

O encarceramento institucional não é imediato, tampouco a sentença se dá logo após o fato cometido, as cesuras sofridas pelo acusado começam bem antes do enclausuramento, já que ele pode passar meses ou anos sem uma condenação, estando preso ou não, conforme se pode ver no Quadro 5, no qual mecanismos de controle das idas e vindas são mostrados pelo itinerário da data do crime, data da prisão, data do Incidente de Insanidade Mental (IIM), data da sentença que deu origem à medida de segurança e o início da execução da sentença.

Quadro 5 – Itinerário jurídico até o início da medida de segurança

NOME	DATA DO CRIME	DATA DA PRISÃO	DATA DO IIM	DATA DA SENTENÇA	INÍCIO DA MEDIDA DE SEGURANÇA
Thanatos	21.12.1998	21.12.1998	12.08.1999	27.03.2000	27.03.2000
Érebo	15.10.2009	04.08.2014	24.03.2011	23.08.2011	04.08.2014
Tártaro	11.12.2003	EPJFC-11.12.2003 soltura-06.04.2005 EPJFC-28.06.2007 soltura-19.12.2008 EPJFC-07.12.2010 IPCG-08.12.2010 EPJFC-10.11.2011 IPCG-13.01.2012 Desinternação condicional - 09.11.2012 IPCG-08.09.2014 EPJFC-08.07.2016 IPCG-23.08.2016 Desinternação condicional - 13.11.2017	14.01.2008	Tratamento ambulatorial 18.07.2008 Sentença de apreensão por descumprimento. 25.10.2010	07.12.2010
Hades	08.10.2008	EPJFC-12.11.2008 EPPAR-11.01.2011 IPCG-04.03.2011	05.02.2009	13.04.2009	12.11.2008 (já havia IIM anterior)

		EPCAS- 09.07.2012 IPCG- 10.04.2013			
--	--	--	--	--	--

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Desde o dia 21 de dezembro de 1998, dia do homicídio, Thanatos se encontra encarcerado e com itinerário de execução da pena bastante turbulento, tendo, inclusive, a sua periculosidade cessada no primeiro exame. Apesar do laudo favorável, não conseguiu sair da instituição prisional porque o Ministério Público Estadual requereu e obteve um novo parecer contrário ao anterior.

A sentença que determinou a medida de segurança de Thanatos foi publicada no dia 27 de março de 2000, um ano e três meses após o cometimento do crime e imediata prisão em flagrante, sete meses depois do laudo psiquiátrico que fundamentou o IIM em 12 de agosto de 1999.

Vale ressaltar que o artigo 96, do CPB, estabelece que as medidas de segurança se caracterizam pela internação em ECTP, nas hipóteses de delitos que se vinculem à pena de reclusão, ou sujeição a tratamento ambulatorial, nos casos de crimes puníveis com pena de detenção.

Neste estudo, somente Tártaro teve a sentença iniciada com tratamento ambulatorial, quatro anos e meio depois do crime. Todavia, o encarceramento se deu bem antes da sentença, no dia que o crime foi cometido, em 11 de fevereiro de 2003. Em 6 de abril de 2005 foi solto, retornando ao cárcere em 28 de junho de 2007 e sendo liberado novamente para tratamento ambulatorial, em 19 de dezembro de 2008.

Pelo fato de Tártaro não ter cumprido a determinação judicial, em 25 de outubro de 2010 houve nova decisão do magistrado que fez com que retornasse ao cárcere. Foi rapidamente apreendido e internado inicialmente no EPSMJFC. Um dia depois, em 8 de dezembro de 2010, foi encaminhado ao IPCG, onde permaneceu até o dia 10 de novembro de 2011, data em que retornou ao EPSMJFC.

No dia 13 de janeiro de 2012, foi liberado pela segunda vez, para tratamento ambulatorial, em liberdade condicional, mas acabou retornando para o IPCG em 9 de novembro de 2012, quase 10 meses depois. Lá permaneceu até o dia 8 de setembro de 2014, quando foi encaminhado para o EPSMJFC, retornando para o IPCG em 8 de junho de 2016.

Em 13 de novembro de 2017 Tártaro foi colocado em liberdade condicional para tratamento ambulatorial pela terceira vez, sendo o segundo e o último a conseguir a liberdade entre os quatro sujeitos deste estudo.

Nos outros 3 casos foi decidido que a medida de segurança seria cumprida em regime de internação, pelo prazo mínimo de 1 ano (CP, art. 96, I c/c § 1º). Érebo, que atualmente possui dificuldade auditiva e já goza de liberdade condicional desde 23 de outubro de 2017, depois de permanecer 3 anos e 2 meses encarcerado pelo fato de ter cometido estupro de vulnerável. Apesar de sua sentença de medida de segurança ter sido prolatada em 23 de agosto de 2011, só foi efetivamente preso em 4 de agosto de 2014, quase 3 anos depois.

Hades, o único que atualmente não possui a periculosidade cessada, encontra-se preso desde o dia 12 de novembro de 2008, 1 mês e 2 dias após cometer o crime de homicídio simples em um bar de Chapadão do Sul no estado de Mato Grosso do Sul. Foi o único que conseguiu transferência para outros estabelecimentos prisionais dentro do Estado e fora do município de Campo Grande, por ter sido transferido para o Estabelecimento Penal de Paranaíba em 11 de janeiro de 2011.

Em 4 de março de 2011 foi novamente transferido para a Capital, ficando no IPCG até o dia 9 de julho de 2012, quando foi encaminhado para o Estabelecimento Penal de Cassilândia. Em 10 de abril de 2013 retornou ao o IPCG, onde, até a data do encerramento da pesquisa processual, 26 de novembro de 2017, ainda se encontrava preso. A locomoção foi uma forma de aproximá-lo dos seus familiares.

Há uma distinção entre o preso comum e o sujeito que cumpre medida de segurança, o que mostra que os jogos de verdade em torno do louco criminoso não lhe garantem direitos explícitos, como os demais encarcerados. A objetividade legal da remissão da pena por dia trabalhado não se efetiva quando o sujeito está na condição de medida de segurança.

A motivação da AGEPEN também não fomenta uma mudança de decisão do magistrado responsável pela execução, afirmando que medida de segurança não é pena e a remissão é especificamente de pena. A sociedade que dispõe de um regramento especial para o louco criminoso, ao prever que deve ser tratado ao invés de punido, mostra que o principal objetivo é depositá-lo no manicômio e deixá-lo permanentemente, sem possibilidade de remir seu prazo dentro dos muros da instituição.

Enquanto os presos comuns podem remir a pena pelos dias trabalhados dentro do cárcere, conforme o artigo 126 da Lei de Execuções Penais (LEP), que afirma que a cada três dias de trabalho diminui-se um dia de pena, o mesmo não acontece com os internos que cumprem medida de segurança.

Os autos processuais mostram que, apesar de a AGEPEN/MS fornecer ao Poder Judiciário os dias que deveriam ser remidos em decorrência de trabalho, o Ministério Público Estadual (MPE) e a Vara de Execução Penal (VEP) entenderam que este instituto não é

compatível, porque a medida de segurança não é pena, mas uma forma de tratamento, de fato uma forma de manicomialização do sujeito.

Caso as medidas fossem adotadas, Thanatos faria jus a 929 dias a menos de pena, de acordo com os ofícios encaminhados pela agência prisional em 5 de fevereiro de 2013, com remição de 610 dias pelos 1.832 dias trabalhados, em 18 de agosto de 2014, com 159 dias de remição pelos 479 dias trabalhados, e, em 03 de março de 2016, pelos 482 dias trabalhados equivalentes e 160 dias de remissão.

Os direitos garantidos aos presos comuns, como progressão de regime, tempo máximo de permanência na prisão e a própria remissão, mostram que as práticas em torno da loucura associada à criminalidade são diversificadas, mesmo assim ainda se acredita que a edição de normativos podem mudar as práticas.

A luta para que haja um tratamento terapêutico ao invés da simples punição na vida de Thanatos ocorreu em 16 de dezembro de 2012, quando a defensora solicitou ao magistrado que o interno fosse transferido para um estabelecimento médico que possibilitasse seu tratamento, mas o magistrado não se manifestou sobre a referida solicitação.

As práticas que dividem se dão pelo exercício de poder de alguns indivíduos sobre outros, neste caso exercido pelo magistrado que deveria apreciar o pedido da defensora, mas, ao se omitir, também exerce seu poder de deixar o interno na condição que se encontra.

Sem ser provocada, em 20 de março de 2013 a Coordenadoria das Varas de Execução Penal reconheceu que o Estado não possuía local adequado para a internação dos presos em Medida de Segurança e pediu que o magistrado da 1ª VEP analisasse a manutenção dos presos nos estabelecimentos prisionais. Ainda assim, o magistrado decidiu manter o interno onde estava, mostrando o exercício de seu poder de maneira arbitrária e inscrevendo a sua marca no corpo do sujeito condenado.

Apesar de saber que não há local apropriado para o tratamento do interno, em 25 de março de 2013 o magistrado decidiu que a AGEPEN/MS deveria encaminhar trimestralmente um relatório sobre o estado clínico do paciente, além de mudar de ideia em relação à permanência de Thanatos no cárcere, ao solicitar que se verificasse a disponibilidade de vaga junto à Central Estadual de Vagas, para fornecer o tratamento adequado em um hospital.

Ao saber da possibilidade de internação em hospital psiquiátrico, em 09 de maio de 2013 o magistrado decidiu que o sentenciado seria internado no Hospital Nosso Lar. Todavia, o psiquiatra do hospital atestou que o sentenciado não apresentava quadro que justifique a internação, logo ele deveria ser mantido no sistema prisional e ser atendido ambulatorialmente nos CAPS, no caso de não haver psiquiatra no sistema prisional.

A disputa do exercício do poder de assujeitamento de Thanatos entre a instância jurídica e a médica, mostrou que o poder é relação e não pertence a alguém. Se em um momento o magistrado exercia o poder, em outro o psiquiatra que o dispunha, já que Thanatos permaneceria no cárcere.

Pela primeira vez, em 26 de fevereiro de 2013, a AGEPEN encaminhou o relatório trimestral do interno, no qual a enfermeira responsável do IPCG informava que quinzenalmente Thanatos recebia atendimento psiquiátrico da médica responsável e suporte para o seu bem-estar mental, além de fazer uso de Risperidona e Imipramina.

Posteriormente, o IPCG emitiu mais 9 relatórios trimestrais, registrando, por exemplo, que em 01 de outubro de 2014 o paciente, em consulta com a psiquiatra, negou ter alucinações e continuava a tomar Risperidona e Prometazina.

Em 11 de maio de 2015, o relatório trimestral dispôs que o sentenciado havia passado em consulta no dia 07 de maio de 2015, que estava calmo, sem delírios ou alucinações e com pensamento empobrecido, e continuava fazendo uso de antipsicótico oral – Risperidona 6mg/dia e Prometazina 75mg/dia.

Em 17 de agosto de 2015, o paciente permanecia sem delírios ou alucinações, calmo e com pensamento empobrecido, usando antipsicótico oral, além de ter sido diagnosticado pela psiquiatra responsável com esquizofrenia paranoide. O mesmo diagnóstico se deu nos seis relatórios posteriores (19 de novembro de 2015, 25 de fevereiro de 2016, 05 de maio de 2016, 24 de agosto de 2016, 24 de novembro de 2016 e 14 de fevereiro de 2017).

O sujeito não é um projeto de si, mas dos outros. É na dispersão que o poder se exerce sobre eles, legisladores, magistrados, defensores públicos, promotores de justiça, psiquiatras, psicólogos, agentes penitenciários, fases processuais e da execução da pena, enfim, o sujeito também é constituído por poderes dispersos, que, por mais que busque sair desta teia de relações, está fortemente envolvido por ela.

Na produção da verdade sobre o louco criminoso, o encarceramento é legitimado pela sua periculosidade, dispositivo de poder que é diagnosticado pelo perito que inicialmente relacionou o crime à doença mental, alegando que o sujeito é perigoso, e agora pode dar o primeiro passo na decisão que pode pôr o interno fora dos muros da penitenciária por meio do Exame de Cessação de Periculosidade (ECP).

3.3.1 Exame de Cessação de Periculosidade (ECP)

Se inicialmente o magistrado determina que o psiquiatra dê seu parecer sobre a relação do crime com a loucura para fundamentar o IIM, durante a execução da sentença a Psiquiatria também será responsável pelo laudo do Exame de Cessação de Periculosidade (ECP), desde que provocado pelo juiz da execução.

Este procedimento subsidia a decisão do juiz sobre a permanência ou a soltura do interno, já que o magistrado pode sentenciar de maneira diversa ao exposto no laudo, assim como no IIM. Desta maneira, a cessação da periculosidade poderá ser averiguada de ofício pelo juiz de execução no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança ou a qualquer tempo, desde que haja requerimento do Ministério Público ou interessado, segundo a Lei de Execução Penal.

Caso o magistrado divirja do entendimento do psiquiatra ou entenda que ainda necessita de outros elementos probatórios, poderá requerer novas diligências como uma disposição tática, em que

Vocês têm, portanto, esse sistema de poder que funciona no interior do asilo e que distorce o sistema regulamentar geral, sistema de poder que é assegurado por uma multiplicidade, por uma dispersão, por um sistema de diferenças e de hierarquias e, mais precisamente, pelo que poderíamos chamar de uma disposição tática na qual diferentes indivíduos ocupam um lugar determinado e cumprem certo número de funções precisas. (FOUCAULT, 2006, p. 9).

Nesta dispersão regrada, o saber psiquiátrico se exerce por meio da avaliação que deve agregar, além dos traços constantes do indivíduo, elementos situacionais e socioambientais, tais como:

1 – observação da curva vital do indivíduo; 2 – morfologia do crime que ele praticou; 3 – ajuste que teve à vida frenocomial; 4 – possíveis distúrbios psiquiátricos e intercorrências na fase de execução da medida de segurança; 5 – estado psíquico atual; 6 – meio que irá recebê-lo. (PALOMBA, 2003, p. 204).

Assim como houve a fabricação do sujeito louco criminoso por meio do Incidente de Insanidade Mental (IIM), aqui ele é esquadrihado conforme os quesitos propostos por magistrado, promotor de justiça, defensor público e pelo próprio psiquiatra que responderá as questões dos demais.

Por livre apreciação da prova, o juiz exerce o poder da sua decisão de soltura do sujeito ou manutenção da medida. Destaca-se que, nos casos em que a decisão seja de periculosidade cessada, o interno deverá ser solto, caso contrário a natureza perigosa se mantém, exigindo a permanência do tratamento, marcando o corpo com uma condição de precarização por toda especificidade não só da doença, mas das condições institucionais.

Em razão de ser a periculosidade entendida no discurso jurídico como um estado ou um atributo natural do sujeito – o indivíduo carrega consigo uma potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiros –, a resposta estatal, baseada no paradigma correccionalista, não pode ser determinada anteriormente. (WEIGERT, 2015, p. 99).

Se um dia os leprosos vagavam no imaginário como indivíduos que deveriam ser banidos do convívio social, e que posteriormente seriam substituídos pelos loucos que habitaram os antigos leprosários, atualmente o psicopata é quem representa o desarrazoado, sujeito irrecuperável, devendo ser mantido perpetuamente na instituição (CABRAL, 2010).

Assim, uma vez identificado, destaca Cardoso (2015), deveria ser posto em uma ala ou presídio específico para esta população, em virtude do risco de manipulação dos demais, gerando um clima caótico no sistema carcerário.

No caso dos processos analisados, o termo psicopata apareceu entre aspas e não consta como uma doença específica do rol de transtornos mentais e comportamentais do CID-10. Mesmo assim, o termo é amplamente utilizado para justificar a periculosidade dos indivíduos que cumprem medida de segurança, geralmente aqueles que são classificados como possuidores de transtornos de personalidade.

Nota-se, portanto, que a psicopatia dificulta ainda mais a possibilidade de desinstitucionalização dos sujeitos, por serem considerados também “predadores sociais” (SILVA, 2008, p. 37), marcados por quase impossibilidade de convívio com a sociedade. É o caso de Thanatos, um destes “predadores sociais”, não só pelo fato de o termo psicopata aparecer no seu processo, mas porque, mesmo com a sua periculosidade cessada em 28 de fevereiro de 2002, o promotor de justiça requereu que fosse feito novo laudo e o juiz decidiu pela manutenção do seu internamento.

Em 5 de abril de 2017, o mesmo interno, após novo laudo que atestou a cessação de sua periculosidade, a partir do qual o juiz determinou sua desinternação, esbarrou na rejeição das instituições que poderiam oferecer o tratamento ambulatorial. Além desta dificuldade, outras emergem na vida dos loucos criminosos, como o não cumprimento da periodicidade de ECP ou, mesmo com a periculosidade cessada e carta de desinternação expedida, o sujeito permanecer internado, conforme o Quadro a seguir.

Quadro 6 – Relação data do último ECP, se foi declarado com a periculosidade cessada, se possui carta de desinternação e se ainda se encontra internado

NOME	DATA DO ÚLTIMO ECP	PERICULOSIDADE CESSADA?	CARTA DA SENTENÇA DE DESINTERNAÇÃO	ESTÁ EM LIBERDADE?
Thanatos	20.02.2017	Sim	05.04.2017	Não
Érebo	04.08.2017	Sim	06.10.2017	Sim
Tártaro	09.10.2017	Sim	08.11.2017	Sim
Hades	22.11.2017	Não	-	Não

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Com base nos indicadores observados, todos os ECPs estão em dia, ao contrário da realidade brasileira, em que 41% estão atrasados e de 8% não constam nenhuma informação (DINIZ, 2013).

Dentre o grupo dos sujeitos do nosso estudo, somente Hades não possui a periculosidade cessada, Érebo e Tártaro já se encontram em liberdade para tratamento ambulatorial. Thanatos possui a periculosidade cessada, mas ainda está nas dependências do IPCG, fazendo parte da realidade brasileira de 28% de indivíduos com a periculosidade cessada e 7% com a sentença de desinternação que continuam internados (DINIZ, 2013, p. 49).

Sendo assim, diferentemente da lógica aplicada aos sujeitos que recebem a sentença condenatória e possuem uma pena a ser cumprida, a medida de segurança é sinônimo de incerteza, pelo fato de haver um prazo mínimo para o cumprimento, mas não um máximo, além do mais não é a lei que objetivamente estabelece os critérios para a sua soltura.

Desta maneira, o ECP não garante que o indivíduo será solto, tampouco a decisão do magistrado ao expedir a carta de desinternação. De incerteza em incerteza o sujeito em medida de segurança permanece excluído da convivência social e o tempo de permanência dentro dos muros da prisão não tem prazo para esgotar, objeto de reflexão no próximo item.

3.3.2 Prazo de cumprimento da medida de segurança

Se a confirmação da periculosidade é o que assujeita o indivíduo ao cumprimento da medida de segurança, não é a sua cessação que declara a saída do cárcere. O discurso ressocializador do preso comum se desloca para a cura no caso da medida de segurança, todavia não há uma avaliação que precise a soltura dos quatro sujeitos e qualquer outro nesta situação. Enquanto no caso de sentença condenatória é determinado o tempo máximo de permanência no

cárcere e o artigo 75 do CPB limita em 30 anos, os loucos criminosos seguem uma medida curativa que os impede de saber quanto tempo ficarão internados (WEIGERT, 2015).

Assim, “o mito da periculosidade sustenta estes e outros absurdos, aqueles que creem em monstros possuídos por indescritível e inimaginável patologia mental” (BARROS-BRISSET, 2010a, p. 85). A perpetuidade é a regra do tratamento destes sujeitos, contudo não chega a contradizer diretamente os ditames do artigo 5º, XLVII da Constituição Federal, já que medida de segurança não é pena, como destaca Weigert (2015):

A abertura para perpetuidade da medida de segurança ocorre não apenas pelas regras do Código Penal, mas, sobretudo, pela injustificável omissão constitucional no que tange aos limites da medida de segurança. Apesar do extenso rol de princípios e regras constitucionais sobre a forma de delimitação, de aplicação e de execução das penas, a Constituição Federal eximiu-se de tratar o tema das medidas de segurança, notadamente no que tange aos seus limites – “não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; b) de caráter perpétuo; c) de trabalhos forçados; d) de banimento; e) cruéis” (art. 5º, XLVII, Constituição). Nada referiu em relação às medidas de segurança e já que tecnicamente pena e medida não são sinônimos, as medidas estariam excluídas de tal dispositivo constitucional. (WEIGERT, 2015, p. 99,100).

Os marcos regulatórios são apenas uma parte que compõe os jogos de verdade, produzindo e legitimando enunciados, até porque as autorizações e as proibições das práticas se dão por outras instâncias do poder público. Neste sentido, o Supremo Tribunal Federal (STF) já decidiu que o prazo máximo seria de 30 anos, conforme a transcrição do julgamento a seguir:

Medida de Segurança e Limitação Temporal

A Turma iniciou julgamento de habeas corpus em que se pretende a extinção de medida de segurança aplicada à paciente, diagnosticada como doente mental pela prática do delito de homicídio, cujo cumprimento, em hospital de custódia e tratamento, já ultrapassara trinta anos. A impetração é contra decisão do STJ que indeferira a mesma medida, sob o fundamento de que a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, somente condicionada à cessação da periculosidade do agente. Sustenta-se, na espécie, com base no disposto nos artigos 75 do CP e 183 da LEP, estar a medida de segurança limitada à duração da pena imposta ao réu, e que, mesmo persistindo a doença mental e havendo necessidade de tratamento, após a declaração da extinção da punibilidade, este deve ocorrer em hospital psiquiátrico, cessada a custódia. O Min. Marco Aurélio, relator, deferiu o writ para que se implemente a remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública, no que foi acompanhado pelos Ministros Cezar Peluso, Carlos Britto e Eros Grau. Considerou que a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua se aplica à custódia implementada sob o ângulo de medida de segurança, tendo em conta, ainda, o limite máximo do tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade a que alude o art. 75 do CP, e o que estabelece o art. 183 da LEP, que delimita o período da medida de segurança ao prever que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, dessa forma, ser mais gravosa do que a própria pena. Com base nisso, concluiu que, embora o §1º do art. 97 do CP disponha ser indeterminado o prazo da imposição de medida de segurança, a interpretação a ser dada a esse preceito deve ser teleológica, sistemática, de modo a não conflitar com as mencionadas previsões legal e constitucional que vedam a possibilidade de prisão perpétua. Após, pediu vista dos autos o Ministro Sepúlveda Pertence. (CP: "Art. 75. O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a

trinta anos. ... Art. 97. ... §1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos."; LEP: "Art. 183. Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança."). (STF, 2004).

A decisão denota que o tempo máximo de cumprimento da medida será de 30 anos, assim como as penas da sentença condenatória. Não cessando a periculosidade ou sendo curada a patologia, o indivíduo deverá continuar o tratamento fora dos ECTPs.

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) aproximou ainda mais o cumprimento da medida de segurança da pena ao editar a Súmula 527, na qual estabeleceu que a máxima duração da execução da sentença não poderá ser superior ao limite máximo da pena em abstrato do delito praticado. Assim, se o interno cometeu um furto em que a pena máxima é de quatro anos, o cumprimento da internação não deverá ser superior a quatro anos.

Como salientado anteriormente, alguns programas, como o PAI-PJ e o PALI, já demonstram ser possível o tratamento fora dos muros dos ECTPs, mesmo assim as práticas manicomiais regem a sociedade dos loucos criminosos.

O Quadro a seguir mostra a relação do tempo de pena máxima em abstrato e o de cumprimento da medida de segurança, buscando analisar se haveria algum benefício caso o indivíduo fosse considerado um criminoso comum. Isto porque as decisões do STF e do STJ não são a regra prática do tempo máximo de permanência dos sujeitos em medida de segurança em regime de internação no Brasil (DINIZ, 2013).

Entende-se por pena máxima em abstrato a cominação legal atribuída ao tempo de reclusão ou detenção para os crimes previstos na legislação penal, assim o magistrado, ao condenar o sujeito, não poderá ultrapassar o limite estabelecido pela lei.

Quadro 7 – Relação pena máxima em abstrato e tempo de cumprimento da medida de segurança

NOME	CRIME	PENA MÁXIMA EM ABSTRATO	TEMPO DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA
Thanatos	Homicídio simples	20 anos	18 anos, 11 meses e 2 dias
Érebo	Estupro de vulnerável	15 anos	3 anos, 2 meses e 2 dias
Tártaro	Violação sexual mediante fraude	10 anos	8 anos, 2 meses e 9 dias
Hades	Homicídio simples	20 anos	9 anos e 11 dias

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

Nos casos enunciados no Quadro anterior, tem-se a pena máxima em abstrato de 20 anos para homicídio simples, 15 anos para estupro de vulnerável e 10 anos para violência sexual mediante fraude. Conforme os indicadores, verifica-se que somente Tártaro correria o risco de ser prejudicado pela medida de segurança, caso ficasse encarcerado ininterruptamente desde a sua primeira prisão, pois se somariam 13 anos, 10 meses e 25 dias.

Entretanto, ele ficou 5 anos, 8 meses e 16 dias solto depois da sua primeira prisão, totalizando 8 anos, 2 meses e 9 dias internado, prazo inferior aos 10 anos da pena máxima em abstrato.

Érebo, por sua vez, foi o que menos tempo passou internado em relação à pena máxima em abstrato de 15 anos – 3 anos, 2 meses e 2 dias, até o seu livramento condicional em 23 de outubro de 2017.

Hades, internado há 9 anos e 11 dias, em 26 de novembro de 2017, é o único interno sem periculosidade cessada, o que resulta de um tempo inferior da pena máxima em abstrato de 20 anos.

Thanatos, apesar de estar com a sua periculosidade cessada, ainda não conseguiu a liberdade. Sua internação já soma 18 anos, 11 meses e 2 dias, e é a que mais se aproxima dos 20 anos da pena máxima em abstrato pelo crime de homicídio cometido.

Em termos de Brasil, Diniz (2013) destaca que a maior parte da população cumpre a medida de segurança em tempo inferior à pena máxima em abstrato, todavia 23% da população encontrava-se interna por um tempo superior ao da pena prevista no CPB, mostrando que seria mais benéfico serem condenados e cumprirem uma pena comum, por terem direito à progressão de regime e prescrição do delito (WEIGERT, 2015).

O Estado pode até ser um ponto de partida de análise das práticas, mas o que deve ser realmente analisado são os micropoderes que pairam no corpo social. Isto porque o poder não é jurídico, não está diretamente atrelado a uma lei, mas representa os anseios do seu exercício em determinado tempo e espaço.

O encarceramento não se dá somente pelas estruturas arquitetônicas de uma prisão, mas também pelas classificações que fomentam a exclusão dos sujeitos da sociedade. Dentre estes discursos, a classificação diagnóstica exerce um papel fundamental e a pluralidade diagnóstica mostra que o que está em jogo não é o tratamento efetivo, mas mostrar que o indivíduo é uma produção do exercício do poder e saber vigentes, conforme destacado no item sobre o itinerário diagnóstico, a seguir.

3.3.3 Itinerário do diagnóstico

Entre o Incidente de Insanidade Mental (IIM) e os plurais Exames de Cessação de Periculosidade (ECP), muitas verdades são inscritas e legitimadas nos corpos dos sujeitos. Dentre estas verdades estão os mais diversificados diagnósticos de doenças. Sempre fichados e singularizados, acabam por compor uma extensa gama plural dos denominados inimputáveis, nada mais do que uma espécie de delinquente ou inimigos públicos, por cometerem crimes decorrentes de suas patologias, como matar a mãe e beber seu sangue ou abusar sexualmente de meninas menores de idade.

As verdades construídas sobre os sujeitos são uma forma de cercear a sua liberdade, não só por meio de grades, mas pelas formas de exclusão social, como destaca Foucault (2015):

O confinamento da prisão deve ser entendido em dois sentidos: a prisão era onde se confinavam os delinquentes, mas era também o sistema por meio do qual a delinquência era confinada como uma espécie de fenômeno social autônomo, bem fechado em si mesmo. (FOUCAULT, 2015, p. 139).

Assim, por mais que se fale que estes sujeitos estão em uma medida de tratamento, estão sendo punidos até mais do que os denominados presos comuns, pois muitas vezes os seus direitos são transgredidos e o diagnóstico acaba servindo mais como uma forma de classificação laudatória do que de possibilidade de tratamento efetivo. O carrasco é substituído por guardas, médicos, capelães, psiquiatras, psicólogos, educadores, etc., estes “garantem que o corpo e a dor não são os objetos últimos de sua ação punitiva” (FOUCAULT, 2014b, p. 16).

Agora entra em cena o psiquiatra como o conselheiro do tratamento, passando a ter um papel fundamental na produção do saber diagnóstico que reforça o exercício do poder de assujeitamento dos internos. A formação dos saberes é necessária para que suas almas sejam vigiadas, castigadas e coagidas, reforçando os efeitos destes poderes.

As classificações diagnósticas são as mais variadas como se vê no Quadro a seguir, que foi elaborado com base nos laudos psiquiátricos dos referidos processos, tendo como primeiro diagnóstico o Incidente de Insanidade Mental (IIM) e o último o Exame de Cessação de Periculosidade (ECP) mais recente. Por mais que a periculosidade seja vista como uma característica da natureza destes sujeitos pelos seus comprometimentos, os pareceres médicos se alteram dependendo do tempo e do espaço.

Quadro 8 – Relação da psicopatologia entre o primeiro e o último diagnóstico

NOME	PRIMEIRO DIAGNÓSTICO	ÚLTIMO DIAGNÓSTICO
Thanatos	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide	CID-10 F20.5 Esquizofrenia residual
Érebo	CID-10 F20.0	CID-10 F20.0

	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide
Tártaro	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide; CID-10 F60.2 Personalidade dissociada; CID-10 F70.0 Retardo mental leve	CID-10 F06.2 Transtorno delirante orgânico
Hades	CID-10 F20.0 Esquizofrenia paranoide	CID-10 F60.2 Transtorno de personalidade dissociada (grau grave, “psicopatia”) subtipo com personalidade de caráter; CID-10 F19.0 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Fonte: Informações extraídas dos processos judiciais relacionados neste estudo (2017).

No caso em análise, todos os quatro sujeitos pesquisados possuíam esquizofrenia paranoide no primeiro diagnóstico, somente Tártaro foi diagnosticado também com personalidade dissociada e retardo mental leve.

Dentre eles, somente Érebo teve o mesmo diagnóstico no primeiro e no último laudo. Hades foi diagnosticado no último ECP com transtorno de personalidade dissociada, grau grave associado à psicopatia, além de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas.

Tártaro, que foi diagnosticado inicialmente com esquizofrenia paranoide, personalidade dissociada e retardo mental leve, já está sendo tratado em liberdade em decorrência do transtorno delirante orgânico.

Thanatos teve a sua periculosidade cessada no primeiro ECP, em 27 de agosto de 2002, pelo fato de não possuir alterações mentais e nem nas funções cognitivas. Todavia, o Ministério Público Estadual (MPE) requereu que fosse feito novo ECP, conforme destacado anteriormente, porque o laudo psiquiátrico não deu confirmação do diagnóstico e determinou que fossem feitos exames de eletroencefalograma, teste psicológico com bateria psicodiagnóstica e teste de Rosharch, além de entrevistas no âmbito familiar, ficando sob a responsabilidade da AGEPEN/MS, que, em virtude do alto custo do último teste, não o realizou. Os demais exames foram realizados, porém não foram consideradas nos ECPs subsequentes.

Por mais que o artigo 96 do Código Penal Brasileiro (CPB) e o artigo 176 da Lei de Execuções Penais (LEP) prevejam que o ECP seja realizado com uma periodicidade máxima anual, o sentenciado passou quase 5 anos sem a solicitação da realização do exame e, no dia da perícia na clínica, em 16 de outubro de 2008, não compareceu.

O exercício do poder não se atrela necessariamente a uma lei, porque ela pode ser descumprida. A inconstância de periodicidade laudatória é um dos mecanismos de controle dos corpos dos loucos criminosos que, estando presos, não possuem autonomia para se dirigirem ao médico e serem periciados.

Após seis anos sem ser submetido ao ECP, em 30 de março de 2009 seu diagnóstico mudou para transtorno de personalidade antissocial (CID-10 F60.2) e não foi constatada a cessação da sua periculosidade, assim como nos laudos subsequentes de 23 de novembro de 2010 e 10 de dezembro de 2012.

Em 06 de março de 2013, mesmo com a vigência da Resolução n. 12, de 2011, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que vetava a emissão deste tipo de parecer por psicólogos, o magistrado solicitou que um profissional da Psicologia elaborasse o ECP. Em 14 de março de 2013, o psicólogo, que não é perito oficial, elaborou o laudo com base no Miniexame de Estado Mental e no Teste de Inteligência Geral – Não-Verbal (TIG-NV), atribuindo ao sentenciado a esquizofrenia paranoide.

Em 5 de agosto de 2013, ao emitir o ECP de Thanatos, reiterou o seu transtorno da personalidade dissocial e destacou que o laudo não é de responsabilidade de profissionais da Psicologia, mas sim da área médica. Nos ECPs subsequentes, em 10 de outubro de 2014 e 13 de novembro de 2015, o psiquiatra forense manteve o diagnóstico de transtorno da personalidade dissocial (psicopatia), sem constatar a cessação da periculosidade.

Somente em 20 de fevereiro de 2017 houve uma revisão diagnóstica de Thanatos, agora com esquizofrenia residual (CID-10 F20.5), o que determinou a cessação da sua periculosidade e aptidão para ser tratado em ambiente não-prisional. O médico recomendou ainda a interdição civil e o tratamento em residência terapêutica ou CAPS em regime intensivo em seu local de origem.

O magistrado, por sua vez, expediu a carta de desinternação e o alvará de soltura em 05 de abril de 2017, sob a condição de o sentenciado permanecer tomando os remédios, comprovar mensalmente que está fazendo o tratamento ambulatorial em CAPs, não se ausentar da comarca sem prévia autorização judicial em períodos superiores a 7 dias, comunicar mudança de residência ao juízo, recolher-se à residência até as 21h30min diariamente, não portar armas e não se apresentar embriagado em locais públicos.

Solicitou à AGEPEN/MS que localizasse familiares que tivessem intenção de acompanhá-lo, bem como uma instituição assistencial que o acolhesse, todavia a instituição carcerária não obteve sucesso e Thanatos continua internado nas dependências do IPCG.

Este é apenas um dos inúmeros casos em que os jogos de verdade se legitimam e se inscrevem no corpo do sentenciado, minunciosamente as autorizações e proibições das práticas sociais se manifestam no poder exercido microfisicamente e não de maneira centralizada ou explícita. Neste caso, muitos são os autores da vida deste sujeito – magistrados, psiquiatras, promotores de justiça, defensores públicos, psicólogos – e muitos são os saberes inscritos pelas ciências *jus* e *psi*.

Logo, por mais que haja um direito positivado, a prática pode destoar significativamente, com o intuito de reforçar a docilização e o adestramento. Portanto, não é a cessação da periculosidade que determinará a expedição da carta de desinternação, mas a decisão do juiz. Assim como não é a sentença que determina a liberdade condicional que determinará a soltura, porque não há garantias que outras instituições o aceite ou a família o acolha.

As táticas e estratégias de controle destes indivíduos estão no dito e no não dito, em que o indivíduo não é um projeto de si, mas uma produção das verdades pelos exercícios de poderes que produzem os saberes, que aparentemente estão delineados nas características sociodemográficas dos sujeitos, na inimputabilidade decorrente da doença mental derivada dos manuais jurídicos e psiquiátricos.

Os sujeitos são moldados nos laudos psiquiátricos como loucos e nas peças judiciárias como criminosos, confundindo diagnósticos médicos com classificações criminológicas, presídios com hospícios, custódia com tratamento, justamente por serem perigosos ou diferentes, anormais da população carcerária e da população psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a elaboração deste relatório de dissertação, fica indubitável que a marca que fomenta as táticas e estratégias de controle dos sujeitos que cumprem medida de segurança é a periculosidade.

As leituras das obras de Foucault, *A sociedade punitiva* (2015) como base de interlocuções entre a *História da loucura na idade clássica* (2014a) e *Vigiar e Punir* (2014b), sustentam as análises procedidas durante este processo, apoiadas em alguns momentos pelas concepções de sujeito, cuja perspectiva teórica se encaminha por duas perspectivas relacionadas às bases dos pressupostos deste estudo. A concepção de sujeito pela arqueologia (sujeição) e pela genealogia (cuidado de si).

A circularidade que Foucault proporciona entre arqueologia, genealogia e cuidado de si, além de não serem singulares pelos casos aqui analisados, atrelam-se ao crime e à loucura, o que indica uma dupla penalidade e, ao mesmo tempo, adotando a obra o caso de Rivière como referência metodológica deste estudo, a verdade está atrelada não à essência dos sujeitos considerados perigosos, mas aos discursos que circulam em torno deles enquanto reflexos de práticas sociais vigentes, fazendo com que sejam considerados anormais também no contexto da população carcerária e dos discursos produzidos pela Psiquiatria e pela justiça.

Ora, estes alvos de exercícios de poderes são transformados em objetos de saberes *jus* e *psi*, que não se limitam aos laudos psiquiátricos ou às peças processuais, mas que também se atrelam táticas e estratégias institucionais.

Embora as leis representem necessidades sociais, surgem pelas demandas mais variadas de uma necessária ordem, que se inscrevem sob a tutela de verdades sobre cada indivíduo (micropoderes), induzindo à noção de periculosidade como uma maneira de construir um saber inventado pelas práticas que subsidiam as condições precárias do louco criminoso na instituição penitenciária.

Acima de tudo, a prisão é um tipo de *ethos* que não é só um instrumento excludente, mas que inclui em espaço minunciosamente preparado para os desviantes e para o distanciamento da população que está sob risco, sintetizando um conjunto de dispositivos sociais de poderes com a finalidade de redistribuir punições peculiares características deste espaço pela desvalorização e desrespeito humano a que são submetidos.

O esquadramento nada mais é do que domínios coercitivos, por conta de que estes exercícios operacionais ocorrem na especificidade da instituição – prisão – transformando o corpo como catalisador e meio de um eficiente controle. É pelo esquadramento que antecede

a sua condenação e a sua condição de saúde mental, que antes de ingressar neste espaço já está excluído da própria sociedade.

Este depósito deve ser melhor observado ou examinado, visando operacionalizar novas estratégias de controle. Neste contexto, as práticas sociais ratificam o que foi suspeitado pelo promotor de justiça, dito pelo psiquiatra e confirmado pelo magistrado que sentencia a medida de segurança, figuras que estão na ordem dos discursos.

É o momento em que emergem as práticas penais em torno do louco criminoso (inimigo social) e que justificam o aspecto penitenciário (prisão), convergindo para táticas globais de um sistema que extrapola todos os elementos sob os quais se arregimenta a punição disfarçada de tratamento.

A internação está eivada de práticas segregadoras, e legalmente se amalgama pela terapia, partindo deste pressuposto, pode-se notar que as intenções desta forma de tratamento. Seria a homogeneização dos sujeitos perigosos, independentemente das suas condições mentais, já que suas particularidades são desconsideradas. Todos estão no mesmo lugar, as pluralidades são unificadas na classificação de louco, criminoso e perigoso, assim como qualquer preso.

Os sujeitos questionam que lugar é esse? O que querem de mim? Quais os procedimentos tomarão? Tudo gera um clima de expectativa, de incerteza e de desconfiança entre os envolvidos. São as pluralidades de controle, agora não mais nas diversas instâncias, mas no interior da instituição que faz parte da generalização do poder disciplinar. Devem ser vigiados, castigados e coagidos, não só para as relações de poder possibilitarem outros saberes, mas, acima de tudo, reforçarem outros efeitos deste poder.

Assim, não só estas dinâmicas, mas a estrutura impressiona, já que por mais que haja um banho de sol, as grades passam a ser seu habitat, não importa se há ou não um desafeto dentro da sua cela, tampouco se tal medicamento surte efeito ou tal tratamento é eficaz ou se tomou o medicamento ou se foi violentado. O importante é que os sujeitos permaneçam depositados em um espaço em que as consequências não são previstas, tomados pela promessa de ressocialização, terapêutica ou cura.

Se há espaço para a melhora, esta está representada pela docilização e o adestramento do indivíduo, não por uma melhora na qualidade de vida ou bem-estar. Assim, os sujeitos são regidos por outros além do juiz de execução da pena, o promotor, o defensor público e o psiquiatra que atesta a sua incapacidade mental, tais como diretores do presídio, agentes penitenciários, psicólogos e outros detentos.

Embora o estudo tenha se debruçado sobre os sujeitos que cumprem a medida de segurança em ECTP, as reflexões apontaram que a realidade do sistema carcerário brasileiro está longe do seu propósito legal – ressocialização, independentemente dos comprometimentos do preso. O que reflete também na própria sociedade como um todo, onde os propósitos quase sempre divergem dos anseios previstos em uma lei ou em uma teleologia.

Logo, não é a emergência da Reforma Psiquiátrica que fez com que se efetivassem desdobramentos na aplicabilidade da medida de segurança, isto porque há um problema de ordem social que busca indicar novas práticas de lidar com a saúde mental, mesmo sem conhecê-la.

No caso do IPCG e a sua intersecção com o Módulo de Saúde, mudam-se as estratégias como pelo Projeto Tratamento Penal, que é uma esperança para os internos e está em constante aprimoramento, assim como os demais projetos voltados para o tratamento do sujeito, tais como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), no estado de Minas Gerais (TJMG, 2004); o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), no estado de Goiás (MPE/GO, 2009); e o Acompanhamento Terapêutico (AT).

Apesar destas mudanças táticas, parece que o anseio social é que os pacientes continuem passivos, para que sempre sejam punidos de algum modo. Trata-se de uma forma de perpetuar a pena com outras práticas, machucando-os física e/ou mentalmente.

Neste campo de batalha também emergem as práticas de resistência, situações que indicam prazer pelo fato de os presos acharem que estão transgredindo as instituições, como não tomar o medicamento previsto ou ingressar com aparelho celular. Aliás, o ato de tomar o medicamento é uma forma de expressão que ratifica a efetiva docilização do sujeito no cárcere, mas que também pode ser visto como terapêutico.

Na dinâmica do cumprimento da medida de segurança, constantemente as práticas são alteradas de maneira arbitrária, mas fundamentadas em discurso científico, como a participação em palestras, missa, academia, lanche ou até de atividades físicas. Muitas vezes são signos feitos forçosamente e que representam mais um adestramento do que um cuidado de si.

Qualquer manifestação que contradiga os anseios institucionais reforça a punição, por isso o sofrimento deve ser maquiado, aparentando-se bem, mostrando-se forte, mudando tonalidade de voz. Neste contexto, emergem outras dependências, pois a descrença de liberdade pode fazer com que o sujeito se institucionalize, dependa de profissionais, de pessoas do convívio ou de medicamentos.

Para reforçar a dependência institucional, a competitividade é potencializada ao dizer que nem todos se curarão – estímulo para uns, desânimo para outros. A psicoterapia, imprescindível no tratamento do doente mental, não é realizada frequentemente. Se o ponto primordial não é seguido, quiçá os anseios da Reforma Psiquiátrica.

Aliás, as mudanças promovidas pelo movimento antimanicomial refletem nas permutas das estratégias para reforçar o exercício do poder, que se dá no nível microfísico das relações sociais e influencia o comportamento humano por meio da dispersão regrada.

Do mesmo modo, a classificação psicopatológica serve antes para que ele se reconheça como anormal, e mais para reforçar as práticas de assujeitamento do que para promover uma melhoria em sua qualidade de vida. São reproduções que nem sempre se dão de maneira consciente, mas que os indivíduos se assujeitam, englobados em estratégias e táticas das relações de poder, pois é característica da própria sociedade criar estes mecanismos, aliás falar em inclusão só tem sentido se o indivíduo estiver excluído.

Assim, reconhecer uma patologia e associar um crime a ela pode parecer benéfico pelo fato de o sujeito ser encaminhado a um tratamento, todavia as práticas arbitrárias travestidas de cientificismo são desconcertantes, uma vez taxado de louco e criminoso, dificilmente ele conseguirá tirar esta marca de si, permanecerá aprisionado.

Não é a arquitetura do presídio que aprisiona o sujeito, mas os jogos de verdade que o fabricam. O indivíduo é uma produção do saber vigente. Tanto é que o Direito e a Psiquiatria ditam comportamentos, hábitos sociais e individuais, atribuição de culpa e sujeição legal caminham juntas.

A culpa se fantasia de periculosidade no caso do inimputável pela doença mental, o que faz com que a exceção do movimento antimanicomial seja a regra da medida de segurança, o internamento compulsório.

Não é só a internação que caracteriza o malefício de ser classificado como louco criminoso, enquanto os presos comuns possuem os benefícios da pena, tais como progressão de regime, pena máxima em abstrato, remição por dias de trabalho ou de estudo, tempo máximo de cumprimento da pena determinado na decisão do juiz que condena, aos internos que cumprem medida de segurança só é garantida a data de entrada.

Se a certeza do início do cumprimento da medida de segurança se liga à decisão do juiz que se baseia no laudo psiquiátrico do IIM, a sua soltura pode estar vinculada ao laudo do ECP. Neste ínterim, vários laudos são expedidos com duração média anual, mas nem sempre são realizados por psiquiatras, conforme previsão legal. Mesmo com a periculosidade cessada,

não é a determinação do magistrado que livrará o sujeito das amarras do cárcere, pois, por ser doente mental, geralmente a sentença está atrelada a uma continuidade do tratamento.

Thanatos teve a sua periculosidade cessada em 2002, mas não foi solto, foi submetido a outro exame que retificou o anterior, reafirmando sua periculosidade. 15 anos depois, com base em outro ECP, o magistrado determinou o livramento condicional, mas pelo fato de a família e instituição de tratamento psiquiátrico não quererem se responsabilizar por ele, permaneceu internado no IPCG.

Este relatório de dissertação é apenas uma das formas de análise das condições de possibilidades políticas, em que pode-se constatar na relação com a instituição prisional que o poder atua em nível espacial microfísico do corpo social, sendo exercido por meio de um controle minucioso de comportamentos, gestos e hábitos dos corpos dos indivíduos.

O exercício do poder nem sempre é criado pelo Estado, mas nos mais distintos pontos da rede social, não há um órgão único e centralizado do poder. Analisar, portanto, a especificidade do saber em torno do louco criminoso é uma forma de perceber o nível mais abrangente do poder, inclusive o estatal. Até mesmo porque o poder não está localizado em um ponto específico da sociedade ou quiçá pertence a alguém, mas está atrelado a uma rede de mecanismos em que ninguém escapa do seu exercício. O poder é relação que dita os jogos de verdade nos sujeitos.

A norma é um dos instrumentos de poder destes jogos que torna os corpos dóceis e úteis, fabrica homens por meio da organização espacial dos indivíduos, que são classificados e hierarquizados, têm o seu tempo controlado para terem um resultado satisfatório aos anseios do poder, têm a vigilância como primordial instrumento de controle, que se impregna no corpo do condenado. O indivíduo é produzido pelo exercício do poder e saber vigentes.

Logo, o sujeito que se constitui, também é constituído por leis e normas, diagnósticos psiquiátricos, sentenças judiciais, periculosidade, tratamentos, medicalização, inserção em instituições, convívio social e vários mecanismos de controle que aqui se voltam ao louco criminoso, mas que no todo revelam como se dão os controles das subjetividades sociais pelos jogos de verdade.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Marcos César. Michel Foucault e a Sociologia: aproximações e tensões. **Estudos de Sociologia**, v. 20, n. 38, 2015. Disponível em: < <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/7600>>. Acesso em: 5 set. 2018.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Brasília: ABP, 2014. Disponível em: < http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Lista de Associados com RQE em Psiquiatria ou Título de Especialista em Psiquiatria ABP/AMB**. Brasília: ABP, 2018. Disponível em: < <http://www.abp.org.br/portal/associado/lista-de-socios/>>. Acesso em: 5 set. 2018.

BANDEIRA, Marina. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 40, n. 7, p. 355-360, 1991. Disponível em: < https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Artigos%20digitalizados/Artigo_Transinstitucionalizacao.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Rede é um monte de buracos, amarrados com barbante. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 83-89, 2010a. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/11.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um dispositivo conector-relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 116-128, 2010b. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/16.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. Tradução Lucia Guidicini, Alessandro Berti Confessa. Revisão Roberto Leal Ferreira. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BIRMAN, Joel. Jogando com a verdade. Uma leitura de Foucault. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, p. 301-324, 2002. Disponível em: < https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312002000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 set. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Brasília-DF, 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Lei 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. Brasília-DF, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Decreto n. 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/PublicacaoSigen.action?id385725&tipoDocumento=DEC-n&tipoTexto=PUB>> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Decreto n. 847**, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal. Rio de Janeiro-RJ, 1890. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Decreto n. 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro-RJ, 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Decreto n. 14.831**, de 25 de maio de 1921. Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário. Rio de Janeiro-RJ, 1921. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Decreto n. 24.559**, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro-RJ. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impresao.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Brasília-DF, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. Brasília-DF, 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689Compilado.htm> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**: INFOPEN- junho de 2016. Brasília-

DF, 2016. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Justiça. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 1/2014/MS/MJ, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 jan. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Memória da loucura**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **História do CNS**. 2017?. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>> Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Portaria GM/MS n. 482 de 1º de abril de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0482_01_04_2014.html>. Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Portaria Interministerial MS/MJ n. 628, de 2 de abril de 2002**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF), 2002. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../MS_MJ_Pinterministerial628_02_informes.doc>. Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Portaria Interministerial MS/MJ n. 1.777**, de 09 de setembro de 2003. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/530359.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

_____. **Resolução n. 4, de 18 de julho de 2014**. Aprova as Diretrizes Básicas para Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: 2014e. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-18-de-julho-de-2014.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

CABRAL, Themys. É possível recuperar os criminosos natos? **Gazeta do Povo**, Curitiba, 22 set. 2010. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/e-possivel-recuperar-os-criminosos-natos-3j076l4xa9iceyu02ewcpibf2>> Acesso em: 5 set. 2018.

CARDOSO, Mariane Furtado. **O tratamento dado aos serial killers no processo penal brasileiro**. Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.emerj.tjrj.jus.br/paginas/trabalhos_conclusao/2semestre2015/pdf/MarianeFurtadoCardoso.pdf> Acesso em: 5 set. 2018.

CASTRO, Edgard. **Vocabulário em Foucault**. Tradução Ingrid Müller Xavier. Revisão técnica Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Manifesto de Bauru**. Brasília: CFP, 2017. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>> Acesso em: 5 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cármem Lúcia diz que preso custa 13 vezes mais do que um estudante no Brasil**. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83819-carmen-lucia-diz-que-presos-custa-13-vezes-mais-do-que-um-estudante-no-brasil>> acesso em: 5 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução n. 4, de 18 de julho de 2014**. Brasília: CNPCP, 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-18-de-julho-de-2014.pdf>> Acesso em: 5 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Relatório mostra descaso do Estado com presídios**. Brasília: CNMP, 2013. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/todas-as-noticias/4079-relatorio-mostra-descaso-do-estado-com-presidios>> Acesso em: 5 set. 2018.

CUNHA, Carolini Cássia; BOARINI, Maria Lucia. A medicina com o voto de minerva: o louco infrator. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 442-452, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822016000300442&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 5 set. 2018.

DAMASCENO, Renan. **Darcy Ribeiro estava certo: educação é o caminho para reduzir a criminalidade**. Belo Horizonte: Jornal o Estado de Minas, 2017. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/politica/2017/01/15/interna_politica,839547/darcyribeiro-estava-certo-educacao-e-o-caminho-para-reduzir-crime.shtml> Acesso em: 5 set. 2018.

DANTAS, Milena Amélia Franco; CHAVES, Antônio Marcos. Saúde custodiada: representações dos guardas sobre o Hospital de Custódia. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000200014&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 5 set. 2018.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf> Acesso em: 5 set. 2018.

EÇA, Antonio José. **Roteiro de psicopatologia forense**. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

EMERIM, Marcele de Freitas; SOUZA, Mériti de. O (im) possível e necessário testemunho do louco infrator. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 1, 2013. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000100009> Acesso em: 5 set. 2018.

EMERIM, Marcele de Freitas; SOUZA, Mériti de. “Ninguém esquece uma coisa dessas”: problematizações sobre parricídio e hospitais de custódia. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000100171&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 30 jan.2018.

FIOCRUZ. **Hospício de Pedro II**. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: < <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm#fontes> > Acesso em: 16 jan. 2017.

FOUCAULT, Michel. A constituição histórica da doença mental. In: FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no *Collège de France* (1981-1982). Tradução Márcio Alves da Fonseca. 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

_____. **Os anormais**: curso dado no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

_____. Manifesto do GIP. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos, volume IV**: estratégia, poder-saber. Tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. **As verdades e as formas jurídicas**. Tradução Eduardo Jardim e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Nau, 2013a.

_____. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...**: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. Tradução Denise Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 2013b.

_____. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014a.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014b.

_____. **História da sexualidade 1**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014c.

_____. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014d.

_____. **A sociedade punitiva:** curso dado no Collège de France (1972-1973). Tradução Ivone C. Benedetti. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. The psychiatric reform and its critics: considerations on some assumptions and their consequences. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1397-1417, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400008&script=sci_arttext> Acesso em: 5 set. 2018.

GOIÁS. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança.** Goiânia: MPE/GO, 2009. Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/cartilhadopaili.pdf>> Acesso em: 5 set. 2018.

GOMES, Romina Moreira de Magalhães. The expertise's and analyst's place in the approach of insane offender. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 15, n. SPE, p. 481-492, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982012000300009> Acesso em: 5 set. 2018.

MATO GROSSO DO SUL. AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL. **Histórico.** Campo Grande: AGEPEN/MS. Disponível em: < <http://www.agepen.ms.gov.br/historico/>>. Acesso em: 5 set. 2018.

MATO GROSSO DO SUL. AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL. **Módulo de Saúde da capital conscientiza reeducandos sobre prevenção ao câncer de próstata.** Campo Grande: AGEPEN/MS, 2017. Disponível em: <<http://www.agepen.ms.gov.br/durante-atendimentos-modulo-de-saude-da-capital-conscientiza-reeducandos-sobre-prevencao-ao-cancer-de-prostata/>>. Acesso em: 5 set. 2018.

MATO GROSSO DO SUL. AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL. **Plano diretor do sistema penitenciário.** Campo Grande: AGEPEN/MS, 2012. Disponível em: < <http://www.agepen.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/58/2015/04/Plano-Diretor-do-Sistema-Penitenci%C3%A1rio-de-MS.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

MATO GROSSO DO SUL. AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL. **SISPESTATÍSTICA/REF.12-17/FECHAMENTO-31-12-2017.** Campo Grande: AGEPEN/MS, 2017. Disponível em: < <http://www.agepen.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/58/2018/01/MAPA-DEZEMBRO-%C3%9ANICO-31-12-2017-2.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

MOREIRA, Fabrício A.; GUIMARÃES, Francisco S. Mecanismos de ação dos antipsicóticos: hipóteses dopaminérgicas. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 40, n. 1, p. 63-71, 2007. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2007/vol40n1/rev_mecanismos_acao_antipsic_oticos.pdf> Acesso em: 5 set. 2018.

MORENO, Maria de Fátima de Souza; FLANDOLI, Rosália Gomes Xavier. **Educação aos privados de liberdade no Mato Grosso do Sul**. Anais do XIII Congresso Internacional de Direitos Humanos. Disponível em: <https://cidhsite.files.wordpress.com/2017/05/ar_gt3_21.pdf>. Acesso em: 5 set. 2018.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Programa de atenção integral ao paciente judiciário portador de sofrimento mental infrator**. PAI-PJ. Belo Horizonte: TJMG, 2004. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/pai-pj>> Acesso em: 5 set. 2018.

NETO, Mauricio; DIMENSTEIN, Magda. Experiência de Acompanhamento Terapêutico: do hospital à cidade. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 2, p. 489-498, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200017> Acesso em: 5 set. 2018.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. Sobre a verdade e a mentira no sentido extra-moral. In: NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Obras incompletas**. Tradução: Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Editora Nova Cultural: 1996.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de; DAMAS, Fernando Balvedi. **Saúde e atenção psicossocial nas prisões: um olhar o sistema prisional brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

OLIVEIRA, Keila Terezinha Rodrigues. **Projeto psicossocial da Agepen trabalha autocontrole de presos agressores e com distúrbios psicológicos**. 27 dez. 2016. Campo Grande: AGEPEN/MS, 2016. Disponível em <<http://www.agepen.ms.gov.br/projeto-psicossocial-da-agepen-trabalha-autocontrole-de-presos-agressores-e-com-disturbios-psicologicos/>> Acesso em: 5 set. 2018.

OSÓRIO, Antônio Carlos do Nascimento. Estranho medo da inclusão. **Educação**, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 1, 2007. Disponível em <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reeducacao/article/viewArticle/674>> Acesso em: 5 set. 2018.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense**. São Paulo: Atheneu Editora, 2003.

RODRIGUES, Keila Terezinha. **Com novos equipamentos e reforma do Pavilhão de Saúde, Governo reforça segurança e tratamento penal na Máxima**. AGEPEN, 08 dez. 2015. Disponível em: www.agepen.ms.gov.br/com-novos-equipamentos-e-reforma-do-pavilhao-de-saude-governo-reforca-seguranca-e-tratamento-penal-na-maxima/. Acesso em: 5 set. 2018.

RODRIGUES, Keila Terezinha. **Tratamento penal**. Projeto psicossocial da Agepen trabalha autocontrole de presos agressores e com distúrbios psicológicos. AGEPEN, 27 dez. 2016. Disponível em: <<http://www.agepen.ms.gov.br/projeto-psicossocial-da-agepen-trabalha-autocontrole-de-presos-agressores-e-com-disturbios-psicologicos/>> Acesso em: 5 set. 2018.

RONCOLATO, Murilo. **Manicômios**: porque eles ainda são um problema no Brasil. Nexo Jornal, 2016. Disponível em: < <https://www.nexojornal.com.br/reportagem/2016/10/30/Manic%C3%B4mios-por-que-eles-ainda-s%C3%A3o-um-problema-no-Brasil>>. Acesso em: 5 set. 2018.

ROSA, João Ladislau. In: CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. (Org.). **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. Disponível em: < https://www.cremesp.org.br/pdfs/Livro_Hospital_de_Custodia.pdf> Acesso em: 5 set. 2018.

SANTOS, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos; SOUZA, Fernanda Silva de; SANTOS, Cláudia Verônica Salvador Caldeira dos. As marcas da dupla exclusão: experiências da enfermagem com o psicótico infrator. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000500009&script=sci_abstract&tlng=eses> Acesso em: 5 set. 2018.

SANTOS, Rafaella Martinez de. **Intervenção municipal no Hospital Anchieta completa 28 anos**. Gazeta de S. Paulo: São Paulo, 2017. Disponível em: < <http://www.gazetasp.com.br/litoral/28161-intervencao-municipal-no-hospital-anchieta-completa-28-anos>> Acesso em: 5 set. 2018.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; DIMENSTEIN, Magda. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a08v14n1.pdf>> Acesso em: 5 set. 2018.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes Perigosas, o psicopata mora ao lado**. Rio de Janeiro: Fontanar, 2008.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. **Journal of Human Growth and Development**, v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010a. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/15.pdf>> Acesso em: 5 set. 2018.

SILVA, Martinho Braga Batista. The challenge posed by people in security measure in the Unified Health System: the experience of PAILI, in the State of Goiás, Brazil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 653-682, 2010b. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200017> Acesso em: 5 set. 2018.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Entre silêncios e invisibilidades**: os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos manicômios judiciais brasileiros. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 2015. Disponível em: < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140989>> Acesso em: 5 set. 2018.

Anexo 1 - Carta de apresentação e solicitação de pesquisa.



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



CARTA DE APRESENTAÇÃO E SOLICITAÇÃO

Campo Grande, 7 de dezembro de 2016.

Ilustríssimo Senhor Ailton Stropa Garcia,
(Diretor-Presidente da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul)

Por meio desta apresentamos o pós-graduando Léo Dimmy Chaar Cajú do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, que está realizando a pesquisa intitulada "**Estudo dos internos em cumprimento de Medida de Segurança no Pavilhão de Saúde do Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho**". O objetivo do estudo é investigar as práticas efetivas do modelo psiquiátrico-penal adotadas por esta instituição no lócus de estudo referido no título do projeto.

Na oportunidade, solicitamos autorização para que seja desenvolvido este estudo.

Queremos informar que o caráter ético desta pesquisa assegura que as informações concedidas e a identidade dos participantes serão confidenciais e preservadas de identificação.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento do pesquisador em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos ainda a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética, conforme termo de consentimento livre que será assinado pelo participante. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste futuro profissional e da iniciação à pesquisa científica em nossa região. Em caso de dúvida disponibilizamos os e-mails para contato: antonio.osorio@ufms.br e leodcc@hotmail.com.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório
Professor orientador

Dimmy Chaar
Gisele Viana de Castro
Agente Penitenciário Estadual
Mat. 430.978-21
08/12/16

Anexo 2 – Ofício n. 205/DAS/DAP/AGEPEN/2016

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL –
AGEPEN
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - DAS

OF Nº 205/DAS/DAP/AGEPEN/2016

Campo Grande, 14 de Dezembro de 2016.

Prezado Senhor,

Ao tempo em que cumprimentamos Vossa Senhoria, e atendendo a carta de apresentação e solicitação de pesquisa intitulada "Estudo dos internos em cumprimento de Medida de Segurança no Pavilhão de Saúde do estabelecimento Penal de Segurança Maxima Jair Ferreira de Carvalho", que será realizada pelo pós-graduando Léo Dimmy Chaar Cajú do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, informamos que está autorizada a execução do projeto dentro das dependências da unidade penal, devendo solicitar com antecedência a autorização de entrada do aluno, contendo os dados pessoais do mesmo.

Outrossim, deverá ser apresentado a Divisão de Saúde/AGEPEN cópia do projeto a ser executado, bem como, após o início da execução do projeto o repasse das informações coletadas a esta Divisão para conhecimento e arquivo dos dados coletados.

Atenciosamente,

Maria de Lourdes Delgado Alves
CDAS/AGEPEN/MS

Ilmo Sr.
Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório
Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMS
Campo Grande

Rua Santa Maria, Nº 1307, Coronel Antonino, Campo Grande/MS, CEP: 79.011-190
Telefone (67) 3901-3374, 3901-1698, E-mail : saude@agepen.ms.gov.br

Anexo 3 – Ofício n. 003/2017 – PPPSI/CCHS/UFMS - Solicitação de autorização para realização de pesquisa



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



OF nº 003/2017 – PPPSI/CCHS/UFMS

Campo Grande, 14 de fevereiro de 2017.

Do: Docente e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado
Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório

Para: Senhor Diretor Presidente
Aud de Oliveira Chaves
Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul

Assunto: **Solicitação de autorização para realização de pesquisa**

Senhor Diretor Presidente,

O pós-graduando Léo Dimmy Chaz Cajú, matriculado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, encontra-se desenvolvendo estudos e pesquisa para a elaboração de sua Dissertação, desenvolvendo a pesquisa: *Presídio de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho: Projeto Tratamento Penal*, sob a orientação da Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório.

Solicito sua autorização para que ele possa, por intermédio do Módulo de Saúde, acessar, junto à responsável pela execução do Projeto Tratamento Penal, Psicóloga Rosana Aparecida Costa, documentos e outras informações necessárias para que o estudo retrate com fidedignidade os seus objetivos, bem como, sua participação durante as atividades do projeto.

Destacamos que a utilização das informações se restringirá ao levantamento de dados e informações necessários para esta pesquisa e que nenhum nome ou dado que identifique os sujeitos serão utilizados para outros fins.

O pesquisador e o seu orientador se comprometem a dar a devolutiva dos resultados da investigação à instituição e aos profissionais envolvidos nesta atividade.

Sem mais, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e informações pelo e-mail antonio.osorio@ufms.br.

Atenciosamente,

Antônio Carlos do Nascimento Osório
Orientador do Projeto de Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado
Cidade Universitária, s/n * Caixa Postal 549 Fone: 06733 3345-3587
CEP 79070-900 * Campo Grande (MS) *
<http://www.ufms.br> e-mail: secretaria.cchsa@ufms.br

Anexo 4 –

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA – SEJUSP
AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL
DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - DAS

OFÍCIO N.º25/CDAS/AGEPEN/2017

Campo Grande/MS, 06 de Março de 2017.

Ao Doutor

ANTONIO CARLOS DO NASCIMENTO OSÓRIO

Professor orientador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMS
Município de Campo Grande

Professor Doutor Antônio Carlos,

Ao tempo em que cumprimentamos Vossa Senhoria, informamos que foi autorizado o redirecionamento da pesquisa com os privados de liberdade do Instituto Penal de Campo Grande – IPCG, por intermédio do Módulo de Saúde do Complexo Penitenciário de Campo Grande junto à responsável pela execução do Projeto Tratamento Penal, Psicóloga Rosana Aparecida Costa, tendo vista a pesquisa de “Estudo do Projeto Tratamento Penal do Instituto Penal de Campo Grande” do pós-graduando Léo Dimmy Chaar Cajú.

Favor repassar a Divisão de Saúde/AGEPEN ofício contendo as datas em que o pesquisador estará no Módulo de Saúde e no Instituto Penal de Campo Grande, para que possamos autorizar a entrada do mesmo nesses estabelecimentos.

Atenciosamente,


Aud de Oliveira Chaves
Diretor Presidente/AGEPEN/MS

Anexo 5 – Ofício n. 005/2017 – PPPSI/CCHS/UFMS – Solicitação de autorização de ingresso no IPCG e autorização de pesquisa



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



OF n° 005/2017 – PPPSI/CCHS/UFMS

Campo Grande, 15 de março de 2017.

Do: Docente e Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado
Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório

Para: Senhor Diretor Presidente
Aud de Oliveira Chaves
Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul

Assunto: Solicitação de autorização ingresso no IPCG e realização de pesquisa

Senhor Diretor Presidente,

O pós-graduando Léo Dimmy Chaar Cajá, R.G 7.997.866 SSP-PR, matriculado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, encontra-se desenvolvendo estudos e pesquisa para a elaboração de sua Dissertação, desenvolvendo a pesquisa: *Estudo do Projeto Tratamento Penal do Instituto Penal de Campo Grande*, sob a orientação do Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório.

Cabe salientar que o pesquisador já foi autorizado por Vossa Senhoria para realizar a pesquisa.

Solicito sua autorização para que ele possa ingressar no Instituto Penal de Campo Grande (IPCG) nos dias 24 e 31 de março, 6, 13, 20 e 27 de abril e 4, 11, 18 e 25 de maio de 2017 (as quintas-feiras), referentes a execução do Projeto Tratamento Penal neste estabelecimento, das 8h30min às 11h.

Destacamos ainda que o pesquisador precisará ingressar na Instituição com 1 notebook, 1 aparelho celular, papel e caneta, necessários como instrumento para a realização da pesquisa, observadas as normas de segurança da Unidade e as cautelas necessárias.

Sem mais, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos e informações pelo e-mail antonio.osorio@ufms.br.

Atenciosamente,

Antônio Carlos do Nascimento Osório
Orientador do Projeto de Pesquisa

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado
Cidade Universitária, s/n * Caixa Postal 549 Fone: 067xx 3345-3587
CEP 79070-900 * Campo Grande (MS) *
<http://www.ufms.br> e-mail: secrestpsic.cchs@ufms.br