

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UPFI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

EDIWYRTON DE FREITAS MORAIS BARROS

Perfil sócio-demográfico, nosológico e criminal da população em cumprimento
de medida de segurança em Teresina - PI

TERESINA
2009

EDIWYRTON DE FREITAS MORAIS BARROS

Perfil sócio-demográfico, nosológico e criminal da população em cumprimento
de medida de segurança em Teresina – PI

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Ciências e Saúde do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade Federal
do Piauí, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências e
Saúde sob orientação da Prof.^a Dra. Lúcia
Cristina dos Santos Rosa

TERESINA
2009

EDIWYRTON DE FREITAS MORAIS BARROS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

Perfil sócio-demográfico, nosológico e criminal da população em cumprimento de medida de segurança em Teresina – PI

BANCA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

22 de setembro de 2009

Prof^a. Dr^a. Lúcia Cristina dos Santos Rosa
Presidente

Prof. Dr. Alexandre Castelo Branco Vaz Parente
1^o Examinador

Prof^a. Dr^a. Lydia Tolstenko Nogueira
2^a Examinadora

Dedico este trabalho aos portadores de transtorno mental que, flagelados pela doença, estigmatizados pela sociedade, esquecidos pelo poder público, temidos por comportamentos que talvez nunca tenham e, amiúde, destinados a uma sofrida existência, mostram que sempre é possível sorrir.

AGRADECIMENTOS

Àquele que tudo pode e tudo vê, pela bênção da vida e pelos dons destinados.

Àqueles que tudo fizeram – meu pai Evaldo, minha mãe Fatima, minhas irmãs Erika e Emanuely – pelo amor e apoio irrestritos.

À Prof.^a Dr.^a Lúcia Cristina dos Santos Rosa, orientadora deste trabalho, pela confiança, sabedoria, paciência e delicadeza nas devidas cobranças.

Ao Prof. Marcos Antônio da Mota Araújo, por, mesmo após breve convívio, consistir numa importante fonte de incentivo, ensinando que a Estatística é acessória da ciência e não seu fim.

Ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí, na figura da Prof.^a Dra. Lydia Tolstenko Nogueira, pela oportunidade de crescimento acadêmico e pessoal.

À Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado do Piauí, em especial à Ilma. Dra. Cléia Coutinho Maia, titular da mesma, ao Dr. Vinícius Oliveira, Diretor de Reintegração Social e Humanização e ao Dr. Mag Say Say Feitosa, Diretor do Sistema Penitenciário do Estado, pela permissão para realização do trabalho e orientação prestada.

Aos funcionários da Colônia Agrícola Major César Oliveira e do Hospital Prisional Professor Valter Alencar, em especial ao Cap. Pessoa e ao Cel. Murilo, pela prestatividade, cordialidade, organização e pela boa acolhida.

Aos colegas de mestrado, pela ajuda mútua e pelos bons momentos de volta à discência.

À diretoria do Hospital Areolino de Abreu, na pessoa da Prof.^a Márcia Astrês e, em especial, à Dra. Darcy Passos, por consentirem algum absenteísmo, mais freqüente nos últimos dias, e por acreditarem no potencial de seus colaboradores.

Aos Mestres, que cuidaram para oferecer, além de conhecimento técnico-científico, sólidas bases éticas e de responsabilidade e compromisso com nossa arte.

Aos colegas psiquiatras, sempre disponíveis, fonte de idéias e incentivo.

Aos intermináveis amigos, pela compreensão com as ausências e pela certeza de compartilham desse contentamento.

Àquela que fez de seu destino o meu, pelo inesperado e incomensurável amor.

ABREVIATURAS E SIGLAS USADAS

CPB - Código Penal Brasileiro

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

MS - Ministério da Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psico-Social

HAA - Hospital Areolino de Abreu

CAMCO - Colônia Agrícola Major César Oliveira

HPPVA - Hospital Prisional Professor Valter Alencar

ECT - Eletroconvulsoterapia

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

QI - Quociente de inteligência

PCL-R - Psychopathy Check List - Revised

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** Dados sócio-demográficos dos indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.65
- Tabela 02** Tempo de permanência no sistema prisional cumprido por indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.66
- Tabela 03** Situação domiciliar prévia dos indivíduos em medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.66
- Tabela 04** Tipo de crime cometido por indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.67
- Tabela 05** Vítima do crime cometido por indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.68
- Tabela 06** Instrumento utilizado no crime por indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009 p.68
- Tabela 07** Antecedentes criminais de indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009 p.69
- Tabela 08** Antecedentes psiquiátricos de indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.69
- Tabela 09** Tratamento prévio realizado por indivíduos em medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.70
- Tabela 10** Diagnóstico quando do apenamento de indivíduos em medida de segurança em Teresina, 2009 p.70
- Tabela 11** Crime cometido segundo o diagnóstico principal. Teresina, 2009..... p.72
- Tabela 12** Vítima do crime segundo o diagnóstico principal de indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009..... p.73
- Tabela 13** Tratamento prévio segundo o diagnóstico principal. Teresina, 2009..... p.74
- Tabela 14.** Média em anos no sistema prisional segundo o crime cometido. Teresina, 2009..... p.75

RESUMO

A violência e suas conseqüências constituem alvo da atenção de estudos e levantamentos em várias áreas do conhecimento, em diversas partes do mundo. Tão universal quanto o fenômeno da violência é a incidência de transtornos mentais que, muitas vezes, exprimem-se através de comportamentos violentos e, até, no cometimento de crimes. Sujeitos portadores de transtorno mental que cometem ilícito são legalmente enquadrados nas medidas de segurança, sanção legal que constitui em internação em hospital de custódia ou semelhante, ou no tratamento ambulatorial compulsório. **Objetivos:** traçar o perfil sócio-demográfico de uma população em cumprimento de medida de segurança, bem como avaliar seus antecedentes mórbidos e de tratamento, comorbidades associadas e conhecer os aspectos criminológicos e vitimológicos relacionados. **Amostra:** 35 homens em cumprimento de medida de segurança no Hospital Prisional Professor Valter Alencar, da Colônia Agrícola Major César Oliveira, em Teresina-PI, no ano de 2008. **Materiais e métodos:** Foi preenchido um formulário padronizado de acordo com informações contidas nos prontuários médicos, processos criminais e laudos periciais correspondentes. Os dados foram analisados estatisticamente através do teste do qui-quadrado e da análise de variância. Foi estabelecido o nível de 5% para o risco de falsa rejeição da hipótese nula. **Resultados:** a amostra era formada por homens com idade média de 35,3 anos, com baixo nível educacional, solteiros e que, anteriormente, moravam com os pais, em sua maioria. Houve relato de antecedentes psiquiátricos para 91,4% da amostra, mas apenas um terço fazia tratamento regular. Apenas 17,1% da amostra possuíam antecedentes criminais. Os diagnósticos mais freqüentes foram esquizofrenia (68,5%) e retardo mental (20%). A vítima preferencial pertencia ao convívio íntimo do criminoso (74,3%), sendo atacada por arma branca ou objeto contundente, havendo correlação estatística significativa entre o perfil da vítima e o diagnóstico de seu algoz. Não houve significância em relação ao uso de álcool e criminalidade. O tempo médio de recolhimento prisional na amostra é de 4,6 anos. **Conclusão:** percebe-se que eventualmente pacientes com transtornos mentais podem agir com violência, em especial em síndromes psicóticas, vitimando pessoas próximas. Todavia, ressalte-se que a inadequação do tratamento clínico anterior ao crime parece contribuir incisivamente para o desfecho delituoso do transtorno psíquico.

Palavras-chave: psiquiatria forense, doença mental, comportamento violento, hospital de custódia

ABSTRACT

The violence and its consequences are the focus of studies and surveys in several areas of knowledge, in many parts of the world. As universal as the phenomenon of violence is the incidence of mental disorders, which often are expressed through violent behavior, and even in the commission of crimes. People with mental disorders who commit an unlawful act are legally framed in security measures, legal sanction that means admission in a custodial hospital or similar, or compulsory outpatient treatment. **Objectives:** Delineate the socio-demographic profile of a population who perform security measures, evaluate its morbid history and of treatment, associated comorbidities and criminological and victimological aspects related. **Sample:** 35 men in fulfillment of security measure in the Prison Hospital Professor Valter Alencar, in the Agricultural Colony Major César Oliveira, in Teresina, Piauí, in 2008. **Materials and methods:** A standardized form was fulfilled according to information in medical records, criminal process and expert reports. The data were statistically analyzed by the chi-square test and analysis of variance. The level of 5% was established for the risk of false rejection of the null hypothesis. **Results:** The sample was composed by men with a mean age of 35.3 years, with low educational level, single, and most of them previously lived with parents. Psychiatric history was present in 91.4% of the sample, but only a third had regular treatment. Only 17.1% of the sample had criminal history. The most frequent diagnoses were schizophrenia (68.5%) and mental retardation (20%). The preferred victim belonged to the close living of the criminal (74.3%), being attacked by knife or a contusing object, and with significant statistical correlation between victim profile and diagnosis. There wasn't significance between alcohol and crime. The average length of prison in the sample was 4.6 years. **Conclusion:** Patients with mental disorders may act with violence, especially in psychotic syndromes, killing people nearby. However, the inadequate medical treatment prior to the crime seems to contribute effectively to the criminal outcome of mental disorders.

Keywords: forensic psychiatry, mental disease, violent behavior, security hospital.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO II	17
2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1.1 Sobre o comportamento violento	18
2.1.2 Sobre a loucura	22
2.1.2.1 O entendimento místico-religioso da loucura.....	24
2.1.2.2 O entendimento orgânico da loucura.....	29
2.1.2.3 O entendimento psicológico da loucura	38
2.1.3 A questão do louco infrator	44
2.1.4 Transtornos mentais e comportamento violento	48
2.1.5 A construção da assistência psiquiátrica no Piauí	50
2.1.6 Do tratamento dado ao “louco infrator” no Piauí	53
CAPÍTULO III	56
3.1 MATERIAL E MÉTODOS.....	57
3.1.1 Desenho do estudo	57
3.1.2 Local do estudo	57
3.1.3 Sujeitos da pesquisa	58
3.1.4 Critérios de inclusão	58
3.1.5 Critérios de exclusão	58
3.1.6 Instrumentos	59
3.1.7 Coleta de dados	59
3.1.8 Variáveis estudadas	59
3.1.9 Análise estatística	62
3.1.10 Aspectos éticos e legais	62
CAPÍTULO IV	63
4.1 RESULTADOS	64
4.1.1 Dados gerais de identificação	64
4.1.1.1 Dados sócio-demográficos	64
4.1.1.2 Tempo de permanência no sistema prisional.....	66
4.1.1.3 Situação domiciliar prévia.....	66
4.1.1.4 Crime cometido	67

4.1.1.5	Vítima do crime	67
4.1.1.6	Instrumento do crime.....	68
4.1.1.7	Antecedentes criminais.....	69
4.1.1.8	Antecedentes psiquiátricos	69
4.1.1.9	Tratamento prévio realizado	70
4.1.1.10	Diagnóstico quando do apenamento.....	70
4.1.1.11	Uso de álcool e/ou drogas ilícitas	71
4.1.1.12	Crime cometido de acordo com o diagnóstico principal	71
4.1.1.13	Vítima do crime de acordo com o diagnóstico principal.....	72
4.1.1.14	Tratamento prévio segundo diagnóstico principal.....	73
4.1.1.15	Uso de álcool e o crime cometido	74
4.1.1.16	Tempo no sistema prisional de acordo com o crime	75
CAPÍTULO V	76
5.1	DISCUSSÃO	77
CAPÍTULO VI	87
6.1	CONCLUSÃO.....	88
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICE		
ANEXOS		

1.1 INTRODUÇÃO

A Psiquiatria Forense, campo de atuação da Psiquiatria que se ocupa de tratar da interseção entre a lei e a Psiquiatria, dedicou-se por muito tempo á definição da imputabilidade e inimputabilidade penal, ou seja, em definir se um indivíduo poderia ser considerado culpado ou não por determinado delito, de acordo com sua capacidade mental. Historicamente houve uma tendência, na maioria dos países Ocidentais, em as legislações considerarem a pessoa com transtorno mental como incapaz de discernir seus atos, e, em função disso, se esta cometeu um crime, deve ser considerada inimputável. Respalhando tal definição jurídica, segundo Cohen (1996), a partir do Código Penal suíço, em 1893, pela primeira vez se teve uma codificação da medida de segurança. Tal dispositivo, conforme o mesmo autor, configurou um dispositivo legal “que a justiça encontrou para tratar dos doentes mentais que transgrediram o Código Penal” (p. 77). É uma intervenção preventiva, não visando conferir culpa, mas impedir “um novo perigo social” (IDEM, IBIDEM).

Desse modo, a construção jurídica e social da pessoa com transtorno mental colocada como incapaz e inimputável, forjou um duplo movimento de “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura” (DELGADO, 1992). Embora em meio a muita tensão entre a Psiquiatria e o Direito, busca-se os pontos de interface entre crime e loucura, como institutos distintos, mas que, no caso da pessoa com transtorno mental infratora, promove uma reaproximação que confirma o imaginário social e jurídico de presunção da periculosidade da mesma.

De acordo com o Código Penal Brasileiro (BRASIL,1997), em seu artigo 26, “é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.”. Porém o referido Código prevê, em seu artigo 96, as chamadas *Medidas de Segurança*, que são internações compulsórias em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta destes, em outro estabelecimento adequado. Tal internação será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade, com prazo mínimo de um e máximo de três anos. O artigo 99 do CPB prevê que o internado deverá ser recolhido em estabelecimento dotado de características hospitalares – os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, e ser submetido a tratamento.

Desde a década de 1990 está em curso uma tentativa de mudança no padrão da legislação que trata da assistência em saúde mental, em especial nos países do continente americano, em contraponto aos modelos anteriores que se limitavam a regular uma reação ou punição do Estado a uma infração cometida por pessoas com transtornos mentais. Neste novo modelo há ênfase na descentralização dos cuidados em saúde mental, abandonando o atendimento hospitalocêntrico, adotando a participação efetiva da família e/ou cuidadores, envolvimento progressivo da comunidade e dos serviços de saúde em geral e atenção às medidas de promoção e prevenção em saúde mental (PAHO, 1991). Tal perspectiva de reforma do modelo de assistência em saúde mental foi exposta em 1990, durante conferência da Organização Panamericana de Saúde, cujo documento final ficou conhecido como *Declaração de Caracas*, em alusão à cidade-sede do evento.

A despeito dos méritos das propostas contidas na Declaração de Caracas, tem-se percebido diversas falhas em sua implementação, principalmente no que tange à regulamentação, financiamento e estruturação dos serviços de saúde mental, ainda numericamente insignificantes para as necessidades da população e criados de maneira lenta. No Brasil, o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos não tem sido acompanhado pela adequada compensação por serviços alternativos com números e qualidade assistencial suficiente para atender toda demanda, e se for considerada a demanda da população que cometeu um crime, a situação ainda é mais precária, com atendimento inadequado, violando os padrões definidos como humanos, muitas vezes realizado apenas no âmbito da Segurança Pública.

Em publicação do Ministério da Saúde (BRASIL,2002) constando o Relatório Final do Seminário para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico diagnosticou-se que inexistem informações sobre o perfil das pessoas em cumprimento de medida de segurança no país (p.14).

O mesmo texto conclui que “a aplicação da medida de segurança fere os princípios constitucionais da reserva legal e da proporcionalidade da pena, apontaram para a necessidade de formulação de novos paradigmas jurídicos, além de novos paradigmas assistenciais. cuidado ao louco infrator” (p.27).

Ainda informa que os conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade devem ser revistos no plano teórico, pois, como afirma Cohen (1996) “a periculosidade, não deveria ser considerada como algo permanente e imutável em uma pessoa, ou seja, algo inscrito permanentemente na personalidade do indivíduo” (p.77).

Na prática e no texto jurídico, sobretudo no Código Penal, transtorno mental e periculosidade se equivalem, figurando a medida de segurança, no geral, como prisão perpétua. As identidades das pessoas neste contexto ficam congeladas, muitas vezes desconhecidas e ignoradas, perdidas com o transcurso da “medida”.

O Estado do Piauí tem experimentado, nos últimos anos, um processo de redução progressiva do número de leitos psiquiátricos, com uma implantação ainda incipiente de serviços alternativos, como os Centros de Atenção Psico-social (CAPS), residências terapêuticas e Hospitais-Dia, além de uma completa carência de integração com os hospitais gerais, seja através de serviços de interconsulta psiquiátrica ou de leitos psiquiátricos nestes serviços. Dentro desse contexto de precarização da assistência aos pacientes com transtorno mental, observamos o desamparo da população duplamente marginalizada - os chamados “loucos infratores”.

Existem no sistema prisional do Piauí 42 indivíduos do sexo masculino, e pouco menos de uma dezena do sexo feminino (FEITOSA, 2007), que deveriam estar em cumprimento de Medida de Segurança, ou seja, pessoas com algum tipo de comprometimento mental e que cometeram crimes. Como o Estado não dispõe de Manicômio Judiciário ou Hospital de Psiquiatria Forense, estes pacientes são mantidos em enfermarias dentro das instituições prisionais, sem a necessária assistência especializada. Não raramente estes pacientes são levados ao serviço de emergência do Hospital Areolino de Abreu, hospital psiquiátrico de ensino em Teresina - PI, para avaliação e interconsulta. Frequentemente, também, pessoas com transtorno mental, muitas vezes sem quaisquer evidências de periculosidade, são encaminhadas para internação compulsória – “aquela determinada pela Justiça” (Lei 10.216/1991) neste mesmo hospital, permanecendo internados por longos períodos de tempo.

Da percepção do desconhecimento acerca da caracterização da população em cumprimento de Medida de Segurança em Teresina, surge como problema de pesquisa a necessidade de identificar quem são estes indivíduos, que crimes cometeram, contra quem e de que forma o transtorno psiquiátrico que portam influenciou no cometimento do ato criminoso.

Estabeleceu-se, como objetivo geral, a caracterização sócio-demográfica, nosológica e criminal da população que encontra-se em cumprimento de Medida de Segurança no Hospital Prisional Professor Valter Alencar, no ano de 2008, em Teresina – PI. Por outro lado, tem-se como objetivos específicos avaliar quais os transtornos mentais ocorrentes nessa população; levantar o histórico psiquiátrico dos indivíduos em questão; pesquisar a conduta criminal prévia à internação; avaliar quais os crimes cometidos pelos indivíduos em estudo e o tempo

de retenção prisional já decorrido entre o crime e o momento da pesquisa; avaliar os aspectos vitimológicos (identificação da vítima e instrumentalização do crime; quantificar a reincidência criminal da população estudada e, por fim, avaliar a ocorrência do uso de álcool e outras drogas como comorbidades psiquiátricas e sua relação com os crimes.

Os resultados da pesquisa encontram-se distribuídos em seis capítulos, sendo o primeiro e presente relativo à introdução do tema da pesquisa, realizando-se a problematização e delimitação do tema, bem como a motivação e relevância da pesquisa, seus objetivos, além de sua estruturação.

No segundo capítulo, denominado Fundamentação Teórica, abordam-se as dimensões históricas do objeto de estudo, promovendo-se uma revisão da bibliografia pertinente, com base em artigos disponíveis nos bancos de dados do Medline, SciElo, PubMed, Bireme, além de periódicos e livros dedicados ao tema. Desse modo, procurou-se estabelecer de que forma construíram-se os modelos científicos, sociais e culturais que trouxeram a questão do estudo à sua condição contemporânea.

No terceiro capítulo, intitulado Material e Métodos, são detalhados os aspectos da construção e realização do levantamento exploratório realizado junto à população de estudo. Os dados obtidos, após a adequada tabulação e análise estatística, são revelados no quarto capítulo, Resultados.

Com base nos dados obtidos, tendo como referência e/ou contraponto os achados da literatura levantada, passou-se, no quinto capítulo, à discussão dos resultados da pesquisa.

Por fim, no sexto e derradeiro capítulo, intitulado Conclusão, fez-se um resumo da análise, bem como dos objetivos alcançados e das limitações da pesquisa.

Elaborou-se a presente dissertação a partir da percepção da necessidade da obtenção de conhecimento acerca da caracterização da população em cumprimento de Medida de Segurança no Estado do Piauí, visando avaliar a ocorrência de padrões recorrentes do ponto de vista epidemiológico ou de comportamento.

Espera-se, dessa forma, contribuir para o entendimento da questão da identidade dos indivíduos em cumprimento de medida de segurança no Piauí, bem como dos atos que os levaram à condição de custodiados do sistema prisional.

2.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No início desse novo século, a despeito de todo o desenvolvimento científico e do incremento de novas tecnologias que promovem, dia após dia, acesso a comodidades até então impensadas, antigas e constantes questões se inserem no cotidiano da sociedade, parecendo imunes às benesses trazidas pelo progresso das ciências.

Em diferentes partes do mundo, seja nos países tidos como desenvolvidos, seja naqueles conhecidos pela extrema pobreza de sua população, a violência mostra suas diversas faces, como expressão última de diversas condições singulares em sua concepção, mas que desencadeiam comportamentos marcados pela agressividade dirigida ao outro, à coletividade ou, até mesmo, às instituições ou normas estabelecidas.

Destaque pode ser dado ao comportamento violento promovido por indivíduos portadores de transtornos mentais, sujeitos empiricamente percebidos como potencialmente perigosos, pela incompreensibilidade de seus atos ou pela imprevisibilidade dos mesmos.

2.1.1 Sobre o comportamento violento

O comportamento violento, nas suas mais diversas expressões e conseqüências, tem, ao longo dos tempos, sido objeto de observações, estudos e teorizações acerca de suas determinações e das possíveis formas de prevenção ou limitação do mesmo.

Talvez a prática de atos violentos confunda-se com a própria existência humana. Ainda no Velho Testamento têm-se o relato de que, em determinada ocasião, Caim e o seu irmão mais novo, Abel, apresentaram ofertas a Deus. Caim apresentou frutas do solo e Abel ofereceu primícias do seu rebanho. (Gênesis 4:3, 4). Apenas a oferta de Abel teria agradado a Deus, fazendo com que Caim, possuído por ciúmes, armasse uma emboscada para seu irmão. Sugeriu a Abel que ambos fossem ao campo e, lá chegando, Caim matou seu irmão, num ato que teria sido o primeiro homicídio – fraticídio - da história da humanidade.

Já se percebe nessa passagem a justificação do comportamento violento como resposta ao demérito ou à percepção de injustiça sofrida por alguém, que, assim, reage de forma agressiva.

Não faltam exemplos ao longo da História do uso de violência como instrumento de dominação ou “legitimação” de um poder estabelecido. De acordo com Martin Zimmerman (2009), professor de História Antiga em Munique, na Alemanha, em publicação recente, a violência física é universal em todas as culturas.

Há achados arqueológicos que levam à conclusão que, já nas primeiras aglomerações humanas, que sequer podiam ser chamadas de sociedades, indivíduos agrediam gravemente, inclusive com assassinatos, na disputa por alimentos, espaço ou liderança tribal.

Na Roma antiga, os governadores determinavam crucificações daqueles que eram identificados como ameaças ao Império. Os condenados a morrer frequentemente também eram condenados a execução *ad bestias*, ou seja, seriam despedaçados por animais selvagens no Coliseu. Eram demonstrações de poder político, mas com valor de entretenimento agregado (IDEM).

Na *Ilíada* de Homero, poema épico datado do século VIII a.C e que narra os acontecimentos ocorridos ao longo da batalha de Tróia, tem-se a descrição detalhada de centenas de duelos sangrentos, nos quais a medida da violência era a demonstração da determinação e das habilidades de cada guerreiro, ou seja, a violência como meio de subjugação e domínio de uns, impostas pela superioridade física ou tática de outros.

A formação da propalada miscigenação da população brasileira, iniciada desde o século XVI com o descobrimento, se deu, historicamente, às custas de um dos mais violentos e sistemáticos mecanismos de opressão: a escravidão. Estima-se que milhões de africanos tenham sido aprisionados em seu continente de origem, em guerras tribais ou em verdadeiras caçadas humanas, e trazidos para o então Novo Continente, onde, através das constantes ameaças e castigos físicos e morais, eram obrigados a trabalhar em condições sub-humanas. Eventualmente a exploração e o constrangimento a que eram submetidos os negros geravam reações de revolta e focos de resistência. Essa força de trabalho escrava foi responsável pelo sustento e desenvolvimento da economia em todo o período do Brasil colônia e da nação independente em seus primeiros 66 anos, deixando marcas indeléveis na formação e na estratificação da sociedade brasileira atual.

A partir do século XVIII e do Iluminismo, período de franco desenvolvimento das ciências, em contraponto à escuridão religiosa da Idade Média, os ideais da modernidade, de progresso e emancipação, pareciam ter solucionado o problema da violência com a idéia da razão, a qual, baseada na verdade advinda do conhecimento científico, opunha-se à irracionalidade da barbárie e da violência arbitrária.

Porém, a racionalização progressiva da sociedade e de seus comportamentos racionalizou também a violência, de forma que o tecnicismo desenvolvido acabou por incrementar de forma exponencial seu potencial destruidor e sua eficácia como ideologia, cultura e proposta estética.

Por volta de 1920, Freud iniciou a produção de textos em que se afastava dos ensaios clínicos baseados no indivíduo em que trabalhara até então e dá início à análise de eventos que abrangem questões relativas à sociedade, à humanidade. É nesse momento que Freud introduz o conceito do Instinto de Morte, em contraposição ao Instinto de Vida, tendo como base a idéia de que a vida social pressupõe repressão.

Tanto o desenvolvimento do indivíduo quanto o desenvolvimento da civilização só são possíveis através do controle das pulsões humanas, pois estas se opõem à vida comunitária. A livre manifestação dos instintos pessoais mostra-se incompatível com a convivência em coletividade, dado que o Instinto de Vida é guiado pelo princípio do prazer, tendo como objetivo único a satisfação do indivíduo, a despeito do dano causado a outrem ou à sociedade. É somente a partir do estabelecimento do sentimento de culpa que a civilização consegue inibir o desejo de agressão nos indivíduos. A resolução do conflito edipiano implica a introjeção da agressividade, das proibições e da ordem, que se voltam contra o ego do indivíduo, formando o superego. A partir do seu estabelecimento, qualquer desejo de satisfação instintiva é punido com a mesma intensidade que ele gostaria de satisfazer contra o mundo exterior, gerando um intenso desconforto nos indivíduos (FREUD, 2006).

Percebe-se, assim, que o comportamento violento parece inerente à própria condição humana, podendo expressar-se como um padrão peculiar de determinadas sociedades ou momentos históricos, ou ainda, de forma bastante individual, em acordo com as premissas da vida instintiva, que impelem, muitas vezes, o indivíduo a fugir ou lutar diante de uma potencial ameaça, seja ela real, ilusória ou alucinatória.

Nos dias atuais, não se pode refletir sobre a questão do comportamento violento desconsiderando as diversas realidades em que esse comportamento se expressa, ou mesmo ignorar que tal realidade tem papel fundamental na própria etiologia da violência.

Se “a violência é o fruto da escassez”, como acreditava Sartre (2002), deve-se entender o fenômeno da violência à luz das carências sociais, econômicas, educacionais, morais ou afetivas que são impostas às sociedades. Desde as primeiras décadas do século XX, com o aprofundamento dos valores vinculados à ordem capitalista, assim como seu contraponto comunista, instalou-se uma nova gama de privações em cada um dos sistemas. De um lado, o sistema capitalista que permitia ao indivíduo crescer de acordo com suas

potencialidades e oportunidades, mas que deixava-o à mercê dessas capacidades, em meio a um crescente ambiente de cobrança por produtividade. Por outro lado, tinha-se o ideário comunista, que amparava o indivíduo em suas necessidades essenciais, mas que tolhia a perspectiva individual em nome da coletividade. Surgia, assim, um movimento duplo de geração de carências - a falta do amparo estatal de um sistema e a falta da liberdade individual no outro - determinando, cada um a sua forma, fenômenos sociológicos relacionados à violência.

Construiu-se, desse modo, uma realidade de estratificação social em que volumosas camadas sociais permaneceram à margem do apoderamento econômico, cultural e político. Tal fenômeno é mais intenso conforme maiores são as desigualdades existentes.

Países em desenvolvimento têm, em geral, níveis de violência muito superiores aos ocorrentes em países desenvolvidos, conforme levantamento histórico realizado por Josef (2000:18). No Brasil, os índices de violência parecem relacionados não só à questão econômica. Mudanças demográficas também parecem influenciar no crescimento da violência e dos homicídios, em particular, à chamada “onda jovem”, resultando numa sociedade com a presença de um número de adolescentes e jovens como nunca antes ocorrido. Estudos acerca da criminalidade mostram, em diversas partes do mundo, que os jovens respondem pela maior parte dos crimes cometidos e sofridos. (VAUGHN, HOWARD e DELISIET, 2008) Faz parte do comportamento típico de um número significativo de jovens uma busca por autoafirmação, a adoção de comportamentos inconseqüentes, rebeldes ou transgressores. Os estudos demográficos mais recentes revelam uma curva de maior representação de pessoas nas faixas etárias entre 12 e 24 anos nos últimos anos e é nas faixas de 15 a 29 anos que se concentram os homicídios (MULLEN e DUDLEY apud JOSEF, 2000:114).

A sociedade pressiona o jovem a inserir-se no mercado de trabalho, a obter qualificação profissional, a ter sua inserção no mercado de consumo e seus anseios coincidem com uma crise sem precedentes de oportunidades, de decadência salarial e de inadequação ou de inexistência de políticas sociais adequadas. A falta de resposta e a fraqueza do Estado, sobretudo para os grupos sociais em que as famílias não têm condições econômicas para prover a inserção dos jovens na sociedade, freqüentemente, fazem com que sua formação educacional e sua identidade fiquem totalmente prejudicadas. Para alguns, as quadrilhas e organizações criminosas lhes parecem solução para o reconhecimento no grupo. (SOARES, 2002).

Alguns pesquisadores entendem que a desigualdade de renda tem efeito sobre a qualidade de vida, aumentando o nível de frustração e de estresse, promovendo um clima de

tensão social, ruptura de laços familiares e uma dinâmica complexa de fenômenos sociais disruptivos, dentre os quais, comportamentos auto e heterodestrutivos, crescimento de criminalidade e abuso de álcool e drogas ilícitas. (LESTER, 1990)

Outros fatores, como as mudanças culturais, também devem ser associados ao fenômeno. É o caso das profundas transformações de valores que levam ao uso da violência como forma de resolução dos conflitos pela população: a exclusão dos direitos de cidadania confrontada com estímulos de consumo, a falta de garantia de direitos civis e sociais, mudanças profundas nos padrões comportamentais e relacionais, inclusive de gênero, tudo isso marcado por um forte impacto dos meios de comunicação social.

No entanto, nenhum fator por si só explica o fenômeno social da violência. O comportamento violento nas camadas médias e altas também tem se mostrado um fenômeno crescente, que pode ser fruto do individualismo, da barbarização do social, do consumismo e de outros inúmeros fatores complexamente intrincados. Ele ocorre numa conjunção de circunstâncias, em que elementos estruturais, conjunturais, sociais, culturais e subjetivos se potencializam. Percebe-se, portanto, que temos hoje, ainda, expressões da violência institucionalizada em diversas esferas de poder, seja em macroestruturas político-ideológicas, seja no convívio diário entre as pessoas.

2.1.2 Sobre a loucura

Os diversos transtornos mentais e do comportamento, suas expressões e a forma como afetam não só o indivíduo que padece do transtorno, mas também aqueles que o cercam, são historicamente entremeados de controvérsias e carregados de matizes ora religiosas, ora ideológicas, ora científicas, ora místicas.

Os modelos históricos de compreensão da loucura tomam como base a classificação feita por Pessoti na obra *A Loucura e as Épocas* (1997). Sem correspondência em aspectos nosológicos psiquiátricos, servem pelo efeito didático, visto que permitem agrupar em três classificações uma grande variação de escolas, teorias e correntes doutrinárias, diferentes entre si, mas com um denominador comum, que possibilita a aproximação entre elas, que consiste na hipótese etiológica da loucura que cada grupo de teorias defende.

Desta maneira, os autores que sustentam a influência sobrenatural como causa da loucura são agrupados sob o modelo místico-religioso. Despontam em dois momentos

diversos, inicialmente, na Grécia e Roma Antigas, reaparecendo, depois, durante a Idade Média, sob as feições do demonismo. Não há, nessa época, uma escola ou corrente doutrinária no significado contemporâneo, mas a semelhança das idéias permite a sua apresentação unificada.

O outro modelo sob o qual são agrupadas teorias, idéias ou autores recebe o nome de modelo organicista. Tem seu início na Idade Antiga, com Hipócrates, o Pai da Medicina. Persiste até a atualidade, respaldando o emprego de terapêuticas psiquiátricas biológicas, como a psicofarmacoterapia e a eletroconvulsoterapia.

Sustenta a causa ou etiologia da loucura como sendo física, orgânica. Sua evolução histórica mostra a busca por um centro orgânico responsável pela loucura, variando entre útero, corrente sangüínea, coração, como responsável pelo calor vital, até sua fixação no encéfalo ou cérebro. Tem grande número de adeptos e desenvolve-se, sobretudo, a partir do Positivismo, que defende sua natureza científica.

Por último, tem-se o modelo psicológico, que se inicia na Antigüidade Clássica, com os autores de tragédia grega. Após um período de esquecimento, com prevalência de outros modelos, é retomado por Philippe Pinel, que passa a considerar as paixões na etiologia da loucura. Prossegue na atualidade com as teorias que sustentam terapias cognitivas e a psiquiatria analítica, sem medicamentos, aplicando os ensinamentos ou outras formas de terapias derivadas da Psicanálise (SERRANO, 1983:39).

Os três modelos são encontrados nas práticas atuais de Psiquiatria. O modelo místico-religioso é percebido em práticas populares e contestatórias à oficial, como os ritos afro-brasileiros e espiritismo (SERRANO, 1983:12). O modelo psicológico é aplicado pelos psicanalistas, pelos seguidores de Pinel e Esquirol e por todos que defendem a modificação do comportamento inadequado por convencimento do paciente, seja através da argumentação, seja através de comportamento condicionado, como os seguidores de Skinner. Já o modelo organicista é o predominante e adotado como oficial em muitos países. É combatido por correntes contrárias, como a Antipsiquiatria, com determinante influência do trabalho de Basaglia, como veremos posteriormente.

Thomas Szasz no livro *O mito da doença mental* afirma que a tradução da sintomatologia – comportamento desviante é um juízo de valor que objetiva invalidar o diferente, uma pessoa que tem problemas de vida e não patologia (Szasz, 1994). Já para Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson a etiologia da esquizofrenia está nas relações familiares rígidas autoritárias, que impedem processos de individualização. Tais aspectos encontram-se nas comunicações paradoxais presentes na família. A esquizofrenia estaria na

“doença da lógica” dos integrantes da família. Assim, a antipsiquiatria tanto inglesa como americana tem por etiologia dos transtornos mentais as dimensões sociogenéticas.

2.1.2.1 O entendimento místico-religioso da loucura

Há registros de casos de loucura, de anormalidades psíquicas e de seres humanos com alguma diferença comportamental em relação aos demais já na Grécia antiga. Isto pode ser constatado na obra dos clássicos da literatura helênica, onde alguns dos personagens apresentam momentos transitórios ou não de insensatez, a exemplo da obra de Homero. Seus poemas caracterizam o primeiro modelo teórico da loucura.

Esse autor clássico descreve uma bebida destinada ao esquecimento, o que pode ser visto como um dos primeiros fármacos, bem como quadros de melancolia e mania, vividos por seus personagens. São momentos passageiros, de que estes não precisam sentir culpa ou remorso. Isto porque os quadros de insensatez ocorrem por intervenção direta e permanente dos deuses, inclusive por caprichos e ciúmes. A cura dá-se quando o personagem deixa de querer superar ou assemelhar-se aos deuses, quando deixa de querer fugir de seu destino, bem como quando se reintegra ao modelo social do qual se desviou.

A etiologia da loucura é, portanto, teológica, decorrente da vontade divina. Diante da intervenção sobrenatural, que acontece quotidianamente, determinando desejos e até o cometimento de crimes, não há estigma ou remorso para as personagens acometidas de momentos de insensatez. A intervenção sobrenatural funciona como um mecanismo de defesa, acarretando irresponsabilidade dos homens e conferindo-lhes serenidade. Isto não impede a adoção de certas medidas contra os loucos, embora os registros históricos sejam escassos. Aos loucos em geral recomenda-se sua guarda com parentes, "de maneira a tirar-lhe toda a possibilidade de prejudicar a si mesmo ou a outrem". Já aos loucos de difícil controle, reserva-se o encarceramento. Por derradeiro, aos loucos criminosos, impunha-se uma guarda mais rígida, prevendo-se, inclusive, a contenção por correntes (ALVIM, 1997:30).

Em síntese, este modelo de pensamento, na Antigüidade Clássica, inicia com Homero e finaliza com os autores de tragédia grega. Prega a intervenção dos deuses, entendidos como entidades sobrenaturais, sobre a inteligência e as paixões. A autonomia da vontade e do comportamento humano cede diante da entidade mitológica. Não há responsabilidade pelos atos cometidos por determinação das forças celestiais.

A atribuição da influência mística como causa da loucura é retomada nos séculos XV e XVI. Desta feita, os comportamentos bizarros não são mais desígnios de deuses, mas, sim, do demônio. Com uma característica singular: não se fala mais da loucura em si, mas da própria ação demoníaca. Quem faz ou diz coisas estranhas, está possuído pelo demônio. A loucura passa a ser, em suma, sinônimo de possessão; a loucura é a prova da possessão diabólica direta ou por artes de bruxaria, sendo estas as emissárias do demônio.

O demonismo encontra suas raízes na formação doutrinária do cristianismo. O culto a deuses pagãos é visto como obra do demônio. Do mesmo modo, os hereges são instrumentos daquele. A demonização dos hereges, segundo Pessoti (1994:83), justifica a intolerância religiosa e a perseguição às dissidências. Atinge a terceiros inocentes, como fica evidenciado com a perseguição aos descendentes dos hereges. (SOLER apud ALVIM, 1997:30)

Muitas das obras da época sofrem a influência das idéias de Santo Agostinho e de Tomás de Aquino. O primeiro prega a existência de demônios, como forma do homem atingir seu aperfeiçoamento, ao combatê-lo e voltar-se à busca de Deus. Segundo ele, até fenômenos da natureza, como tempestades, pragas e perdas de colheitas podem ser causados por feitiçaria. Tomás de Aquino reconhece expressamente a existência de demônios em sua *Summa Theologica*.

Sua influência pode ser sentida em obras escritas importantes, a exemplo do *Malleus Maleficarum*, de Sprenger e Heinrich Kramer, datado de 1484. Traduzido como "Martelo das Bruxas", servia como manual aos inquisidores e aos exorcistas, contendo informações doutrinárias para a identificação de casos de possessão demoníaca, além de determinar a forma de combater e eliminar bruxas e feiticeiros, além dos possuídos pelos *Incubus e Succumbus*, espíritos malignos que, acreditava-se, possuíam os corpos de mulheres e mancebos, respectivamente, alterando-lhes a índole e determinando comportamentos anormais. Assim, se transmitia o pensamento de que a loucura pode ser causada diretamente pelos demônios, ou indiretamente, por intermédio das bruxas. Não afasta, contudo, os desígnios de Deus, que pode determinar o quadro de loucura como doença natural. O demônio só se manifestaria de acordo com a vontade de Deus. (SPRENGER e KRAMER, 1989)

Uma das formas de atuação do demônio, de acordo com esse modelo, é a física. Nesta situação, a influência demoníaca instala-se no cérebro da pessoa, já que a alma é reservada a Deus. Pode ocorrer, ainda, de duas outras formas: ou dar-se mediante acompanhamento constante da pessoa, sem estar dentro dela – semelhante à descrição atual de um delírio de cunho persecutório -, tomando-lhe o corpo, ou mediante a produção de

alterações nos objetos e no corpo, no ânimo ou no humor da pessoa, de modo a causar alucinações, temores, cegueiras e doenças inexplicáveis para a Medicina de então. (PESSOTI, 1994:96)

Outra obra semelhante ao *Malleus* é de autoria de Jerônimo Menghi de Viadana, intitulada *Compendio dell'Arte Essorcista*. Prega a intervenção constante dos demônios na vida humana, afirmando que toda doença pode ser obra daqueles. Enumera diversas fórmulas e orações para combatê-los através do exorcismo. Com isto, reforça a perda da autoridade dos médicos nas curas e reafirma o poder da religião católica como meio de salvação da alma imortal.

Pode-se constatar que tanto o *Compendio* como o *Malleus* propagam a etiologia diabólica de qualquer fenômeno de aberração ou bizarrice do comportamento, ao mesmo tempo em que "demonizam" a doença em geral. Através dessas obras, difunde-se o medo e incentiva-se o exorcismo, que passa a ser uma atividade rentável. Isto porque a indicação dos sintomas da possessão e a descrição multiforme do demônio favorecem o comprometimento de qualquer pessoa de comportamentos tidos como estranhos ou de quem não se conheçam ou aprovelem os hábitos, sobretudo na esfera sexual. Esta é vista como a área mais propícia para a tentação e corrupção dos homens pelos demônios.

As pessoas com distúrbios mentais passam a evidenciar a possessão demoníaca, por obra desse ou de alguma bruxa, sempre por permissão de Deus, como resultado da imperfeição e culpa humanas. "A perda da razão ou o descontrole emocional têm a marca da condenação e da culpa" (PESSOTI, 1994:100), justificando a autoridade e a investidura em poder inquisitorial dos exorcistas e de teólogos especializados em demonologia.

Desde então o louco passa a ser visto como perigoso. Isto porque a possessão demoníaca só ocorre em pessoas pecadoras. Os bons não são atingidos pelo demônio. Talvez aqui esteja o início da sustentação da periculosidade dos loucos, que mais tarde fundamentará a sua constrição através de medidas de segurança. Para Alvim (1997:68), no entanto, o conceito de periculosidade já estaria presente no direito muçulmano antes da Idade Média cristã. De qualquer sorte, através da literatura demonológica cristã, a loucura é estigmatizada moralmente, o que não acontece no modelo místico-religioso que a precede.

Deve-se ressaltar que a adoção do modelo místico-religioso, incluindo o demonismo, não implica a compreensão da loucura como falta de razão, necessariamente. Pode acarretar uma perda transitória, por vontade dos deuses, como sustentado por Homero. Também no *Compêndio* sustenta-se que a prática de sacrilégios e de bruxarias, ou o descontrole passional,

por obra do demônio, não representam a perda da razão, embora possam resultar nela. (MENGHIUS apud PESSOTI, 1994: 110)

Ao contrário, a loucura está infinitamente próxima da razão, no dizer de Michael Foucault (1995:35). No ponto em que a loucura atinge o máximo de suas possibilidades, como a vivacidade das imagens, a violência da paixão e o recolhimento do espírito para dentro de si mesmo, seus traços são também os traços mais aguçados da razão. A loucura é uma das figuras necessárias da razão.

Por outro lado, Frayze-Pereira (2002:40-41), adotando uma visão etnológica, sustenta que as possessões podem ser interpretadas dentro de uma teoria mitológica do cosmos ou como efeito de perturbações elétricas do cérebro. Entretanto, nem os deuses nem a energia cerebral podem existir independentemente dos respectivos contextos sociais em que são definidos e interiorizados como realidades pelos indivíduos. A possessão não deixa de ser uma celebração pública, fervorosa e entusiasta de um mito coletivo, onde o fenômeno do transe é vivido tanto pelo indivíduo possuído como por aqueles que o assistem.

A loucura, pois, é um fenômeno social que deve ser interpretado conforme a época. No contexto dos séculos XV e XVI, a loucura é mantida em liberdade. Os loucos podem vagar pelas cidades, sendo tratados por caridade alheia. O mesmo acontece com os pobres. Acredita-se que o auxílio aos pobres contribui para a salvação do homem, sendo corrente a prática da compra de indulgências. A existência de pobres e de loucos faz parte dos desígnios de Deus. Os diferentes são parte da sociedade. Sua razão é diferente da razão comum, mas é explicável dentro do plano divino. Existem para que os ricos possam dar esmolas, salvando a si mesmos. (SERRANO, 1992:13)

Nesta época, os segregados são os leprosos. Os significativos avanços na cura da lepra são atribuídos ao processo de exclusão social que sofrem, o qual acarreta, via de consequência, o isolamento do bacilo de Hansen e o rompimento dos focos de infecção. Aos poucos, os grandes leprosários passam a ficar desocupados. A decadência do Feudalismo, no entanto, ao provocar mudanças na economia, desembocando em alta de preços nos gêneros de primeira necessidade, termina por aumentar o número de mendigos. Estes e os loucos passam a ser tidos como ameaças sociais, pela possibilidade de surtos de violência e de criminalidade.

O cordão de pobreza e de mendigos é engrossado ainda, segundo Alvim (1997:85), graças às medidas punitivas adotadas pela Igreja Católica, a exemplo das mutilações. Os criminosos, mutilados ou aleijados, que haviam escapado da pena de morte, passam a perambular entre as cidades, não recebendo acolhida e ficando proibidos de retornar à sua cidade natal. Os leprosários, então, passam a ser ocupados, por outros tipos de excluídos, com

destaque a mendigos, vagabundos, portadores de doenças infecto-contagiosas, sobretudo de origem sexual, e loucos. O convívio de loucos e doentes venéreos na mesma prisão dura cerca de cento e cinquenta anos. (FOUCAULT, 1995:87)

Assim como a exclusão retirou a lepra de cena, esperava-se alcançar a modificação desses novos excluídos através desse ritual de isolamento e de reintegração espiritual. O internamento foi utilizado como um espaço comum às faltas do corpo e da alma. (IDEM)

São acolhidos nesse espaço de exclusão os insanos, os homossexuais, os blasfemadores, os suicidas, os que manifestam pensamento libertino, os que se dedicam à magia, alquimia ou a práticas de profanação, os que são ateus ou ímpios. Todos passam a habitar o domínio da insanidade. Nesse sentido, o *Compendio* sustenta ser a avareza, a luxúria, a ambição desmedida e o desrespeito ao sagrado algumas formas de manifestação da loucura. (PESSOTI, 1994:104)

Quanto aos loucos, além da custódia nos leprosários, há a prática de rituais de exclusão. Em um destes, os loucos são perseguidos pela cidade, com a população armada de bastões, até que deixem o local. Arqueiros colocados providencialmente nos muros da cidade impedem seu retorno. Outra forma de afastamento consiste na entrega dos loucos a mercadores e marinheiros, que os abandonam em locais distantes, para que não mais encontrem seu local de partida. (FOUCAULT, 1995:11-12)

Sem dúvida o ritual mais significativo dessa época é a Nau dos Loucos, conhecida embarcação literária, inspirada em acontecimento real. A Nau dos loucos consiste em uma barca que transporta loucos de um local para outro, não se sabendo ao certo de onde vem nem para onde vai. A significação da água sobre a qual navega é de purificação. Ao mesmo tempo, entende-se que o louco está preso no próprio veículo de passagem. (IDEM)

Com a chegada dos hospitais, substitui-se a reclusão móvel da embarcação pelo aprisionamento intramuros. Os postos e funções antes ocupados na barca são transferidos, passando cada louco a ter sua posição nos hospitais. O internamento, para Foucault, é a seqüência do embarque. (IBIDEM)

Em síntese, o modelo místico-religioso prega a irresponsabilidade do doente mental perante seus atos. Sua conduta é determinada por forças superiores do Bem ou do Mal. A irresponsabilidade pelos atos, contudo, não é sinônimo de absolvição pelas instâncias de controle social. Aos poucos, o próprio acometimento de loucura passa a ser visto como o castigo para pessoas desaprovadas pelo senso moral dominante nas sociedades medievais.

Enquanto não há adaptação do louco às normas vigentes, este pode sofrer medidas de constrição de sua liberdade. Não há um tratamento diferenciado para o louco que delinque e o

louco que só apresenta comportamentos tidos como bizarros, sem, contudo, ferir as normas penais estabelecidas. Conforme for seu grau de diferenciação dos demais membros da sociedade, pode ou não ser dela afastado. Até que, na Idade Média, todo aquele que se apresenta como desviante da norma vigente, seja louco, pobre, criminoso ou doente, recebe o mesmo tratamento: a exclusão, como forma de eliminação da heterogeneidade dos associados. (FOUCAULT, 1995:79)

2.1.2.2 O entendimento orgânico da loucura

Considerado o Pai da Medicina, Hipócrates (séc. IV a.C.) inaugura o modelo organicista da loucura, o qual tem ampla aceitação nos séculos XVIII e XIX. Para ele, a loucura é um desarranjo do cérebro, provocado por disfunções humorais. Tendo, portanto, causa orgânica.

Pessoti (1994:54) explica a hipótese etiológica da loucura de acordo com a visão hipocrática: a fleugma bloqueia a passagem de ar ao cérebro, causando a desnutrição e o esfriamento deste. Temporariamente desalimentado, pois acreditava-se que a nutrição dos órgãos dava-se através do ar, o cérebro movimentaria-se, afetando os sentidos e as percepções sensoriais.

A terapia recomendada é física, já que o problema também é físico, orgânico. Indicava-se a diluição ou expulsão dos humores para os sítios orgânicos normais ou para fora do organismo, através de processos de filtragem denominados *katarsis*. Se de um lado o pensamento de Hipócrates marca o fim da medicina sacerdotal na Grécia, de outro retarda o desenvolvimento da concepção psicológica da alienação.

A influência de Hipócrates pode ser sentida na obra da maioria dos pensadores da época. Filiados à teoria hipocrática, apresentam a loucura como desarranjo dos humores. Prescrevem terapias físicas, indicando a purificação dos órgãos e a diluição dos humores, para restabelecimento do equilíbrio. A verdadeira terapia deve assegurar a excreção, fluidificação ou transformação da bÍlis.

Aristóteles e Teofrasto, seu discípulo, não concordam com a colocação do cérebro como centro da razão. Tampouco seguem a teoria humoral. Para eles, o coração funciona como a fonte do racional e do irracional, podendo sofrer alterações, conforme o calor vital.

Ainda que divergente de Hipócrates e de sua teoria humoral, o modelo conceptual de Aristóteles sobre a loucura não deixa de ser orgânico.

Aristeu da Capadócia também se destaca por não seguir integralmente a teoria dos humores. Filia-se ao pneumatismo, recomendando a catarse, a expulsão das substâncias que provocaram as disfunções orgânicas, através da prática de banhos, de sexo, sangramentos ou da ativação do suor.

Em termos de terapia psiquiátrica, no entanto, merece destaque Solanus de Efeso. Tal pensador recomenda aos melancólicos assistirem a comédias. Aos loucos alegres, a assistirem a tragédias. Inova em psicoterapia, ainda, ao incentivar a seus pacientes, ainda que iletrados, à escrita e preparação de discursos, a serem aplaudidos pelos familiares. Com isto, evidencia a importância da aprovação social e do sucesso pessoal, afastando-se da teoria humoral, no que poderia ser considerado um esboço de psicoterapia cognitivo-comportamental.

Na medicina greco-romana destaca-se, igualmente, Galeno (séc. II d.C.), que acreditava que a loucura é produzida por um desarranjo humoral, mas substituiu os humores líquidos e palpáveis de Hipócrates por conceitos da escola pneumática. Sua doutrina de pneumas teve ampla aceitação nos séculos XVIII a XIX, a ponto de Starobinski (apud PESSOTI, 1994:73) chamar as obras de medicina dessa época de "paráfrase de Galeno".

Galeno determina o pneuma como vapor interno do corpo, que quando produzido no cérebro, denomina-se *pneuma psychicon* e tem como função o controle das atividades mentais e nervosas. O vapor produzido no coração era conhecido como *pneuma zoticon*, devendo dirigir as funções e órgãos da vida biológica. Finalmente, o pneuma produzido no fígado, conhecido como *pneuma physicon*, ganhou a incumbência de comandar as atividades nutricionais e metabólicas. (PESSOTI, 1994:77)

Segundo Galeno, as doenças mentais são lesões nas faculdades superiores, assim entendidas a imaginação, razão e memória. O processo causal começa com vapores de origem abdominal que, afetando o encéfalo, atingem as funções superiores. O quadro nosológico varia, segundo as diferentes combinações entre os tipos de lesões e as faculdades afetadas.

Dessa forma, a natureza da loucura para Galeno é dual. De um lado, é somática, orgânica, atribuída aos pneumas, enquanto vapores e sopros internos do corpo humano que afetam imediatamente o encéfalo e, então, as faculdades mentais. De outro, é psicológica, porque seu sintoma é justamente a disfunção da imaginação, razão ou da memória. Embora buscando uma explicação física, a teoria dos pneumas não deixa de introduzir um elemento mágico como causa da loucura.

A partir do século XVII, prosperam reações ao modelo místico-teológico, passando os médicos a buscar fundamentos anatomofisiológicos para a loucura. Se as respostas encontradas não são as mais adequadas, sobretudo por não disporem de critérios nosográficos inequívocos, têm ao menos o mérito de afastar explicações sobrenaturais. Pelo enfoque médico da época, a essência da alienação passa a ser um distúrbio de alguma função ou estrutura orgânica, sobretudo do cérebro.

Destacam-se as classificações de Zachias e de Felix Plater. O primeiro baseia-se em conceitos jurídicos e de tribunais eclesiásticos. Sustenta que somente o médico pode atestar a insanidade e determinar o internamento. Felix Plater, por sua vez, é o responsável pela introdução do conceito de alienação mental. Vislumbra fases sucessivas entre a mania e a melancolia, o que mais tarde gerará a conceituação de psicose maníaco-depressiva. Sua ênfase no delírio como essência da loucura ou seu elemento discriminante repercute em toda doutrina médica que lhe é subsequente. Também foi o primeiro estudioso a descrever um tumor cerebral – um meningioma.

Apesar da doutrina de Zachias, na prática a internação dá-se sem acompanhamento de médicos. Raros são os internamentos que se fazem acompanhados de dossiê médico, ocorrendo por decisão da família e do rei, através das cartas-régias ou por decisão do juiz de paz e dos tribunais. Pouca diferença há entre a compreensão da loucura e do crime, posto que conceitualmente não se excluem. Ambos estão ligados ao mal. Para a lei, no entanto, "a loucura atinge essencialmente a razão e altera a vontade, ao tempo em que a inocenta". (FOUCAULT, 1995:125-137)

A busca de explicação anatomo-funcional ou fisiológica do delírio é responsável pelo surgimento das teorias iatroquímica, pneumática e iatromecânica. A primeira teoria tem em Paracelso (1496 d.C.), considerado o pai da bioquímica, um de seus expoentes. Sustenta a presença de sais, mercúrio ou substâncias tóxicas no corpo, provocando o delírio. Para os pneumáticos, com representantes da envergadura de Descartes e de Thomas Willis, o delírio ocorre por obra dos espíritos animais. Por fim, os iatromecânicos pregam que a loucura dá-se por processos hidráulicos e mecânicos internos ao corpo, como entupimento de dutos e contração das fibras nervosas. O excesso de tensão nas fibras causa a loucura, sem que componentes afetivos estejam envolvidos.

De acordo com Isaias Pessoti (1995:133), tanto os iatroquímicos como os pneumáticos concordam que a loucura tem causas naturais e implica danos à fisiologia cerebral. Tais danos acarretam delírios, irracionalidade e descontrole emocional. Não abandonam, contudo, a possibilidade de deixar lesões na estrutura do cérebro. Essas teorias,

somadas à iatromecânica, representam a busca de fundamentos anatomofisiológicos que sustentem a negação das concepções mitológicas ou mágicas.

Numerosas outras classificações foram elaboradas ao longo do século XVIII. Muitas evidenciam critérios pessoais e arbitrários na sua formulação. Querem se afastar da influência filosófica e também do modelo místico-teológico, por não serem considerados científicos, mas não consideram o aspecto afetivo da pessoa em delírio.

As teorias médicas da época difundem o apego acrítico a algum modelo patológico acabado e dogmático, como o iatromecânico ou pneumático. "O saber é inteiramente possuído pelo médico, pela teoria, mesmo antes do encontro com o caso clínico". Requer apenas a aplicação das categorias prefixadas pela teoria. (SIMONETTO e DEL PISTOIA apud PESSOTI, 1996: 49)

Até o final do século XVIII, a classificação e descrição sintomatológica mantém certa estabilidade. São individualizadas a mania, a melancolia, o frenesi e a demência. O critério de diferenciação entre as duas primeiras permanece na presença clássica da febre. Somente no final do século XVIII a hipocondria e a histeria passam a ser assimiladas como doenças mentais. Segundo Michel Foucault, as classificações só funcionam a título de imagens, posto que seus conceitos permanecem sem eficácia. (1995:195)

Além dos sintomas, os médicos dos séculos XVII e XVIII procuram as causas da loucura. A causa próxima deve ser a alteração visível do sistema nervoso, sendo realizadas autópsias para constatar modificações no cérebro. De outro lado, há uma diversidade de causas distantes, algumas já sustentadas como tais pelos adeptos do modelo demonista. Dentre estas, Michel Foucault (1995:222) destaca as seguintes: ar, alimentação, paixões, leituras de romances, espetáculos de teatro, amor pelas ciências, cultura das letras. Sem esquecer a influência da lua, a que Paracelso, o representante maior dos iatroquímicos, denominou lunatismo, dando origem ao termo lunático, ainda hoje sinônimo de louco.

Relegado ao esquecimento durante a Idade Medieval, o modelo organicista de compreensão da loucura é retomado no século XVII, adentrando o século XVIII. Encontra os loucos nos leprosários e nas prisões, misturados a outras espécies de pessoas excluídas da sociedade. Tal fenômeno foi denominado por Foucault como *grand renferment*. Desde sua criação, em 1656, o hospital geral tinha caráter repressivo assistencial, sendo uma instituição religiosa e não médica. Refratários a esta situação há movimentos contrários, seja dos próprios criminosos, que não concordam em ficar presos juntos com insanos, seja de teóricos, a exemplo de Howard (FOUCAULT, 1995:55) que, ao visitar as prisões, insurge-se contra a mistura de condenados, jovens que perturbam a família, vagabundos e insanos.

Se há controvérsias quanto à mistura de loucos e pessoas “normais”, não há polêmica sobre a relação entre louco e internamento. Durante o século XVII, a criação de grandes hospitais favorece tanto a internação, como uma reação à miséria, como sua duração mais prolongada. Segundo Michel Foucault (1995:48), a cada cem habitantes um é internado, à época, em Paris. Não há, contudo, um critério específico para determinação das pessoas que são internadas. Os hospitais servem tanto para o internamento dos pobres como dos loucos.

Em parte, "o tratamento serve para controlar a massa dos diferentes, prendendo-os e isolando-os" (SERRANO, 1992:21). Serve como meio de homogeneização dos até então diferentes. O louco, custodiado entre tantos, não tem facetas e caracteres próprios.

O início do século XVIII, por sua vez, reflete a mera custódia dos loucos. Não recebem tratamento médico constante. Não há um tratamento específico para a doença mental. As visitas médicas que lhes são feitas servem apenas para minimizar o problema de febre das prisões. Além disto, os médicos não têm formação específica. São indicados pelo poder político, já que é o Estado que designa quem vai cuidar dos grandes hospitais.

Com a reforma protestante, sustenta-se que a salvação ocorre através do trabalho, não mais através da prática de esmolas. Os loucos e os pobres começam a ser questionados por viverem na ociosidade. Julga-se que se encontram nessa situação por viverem no ócio e não produzirem riquezas através do trabalho. Passam a ser temidos como ameaça social, pela possibilidade de surtos de violência. Proíbe-se que sejam auxiliados, salvo através de instituições oficiais.

Ocorre nos hospitais, então, um fenômeno comum às prisões da época. Ambas funcionam como "prisões da miséria" (FOUCAULT, 1995:70), como centros de reabsorção dos desempregados, ocultando seus efeitos sociais, além de promover o controle de preços, de agitações e de motins, desejáveis ao bem comum.

Pregando-se o trabalho dos custodiados, alcança-se mão-de-obra barata. Dá-se início a um ciclo pernicioso que incentiva o desemprego e, com isso, nova fileira de miseráveis é recolhida às cadeias, casas de trabalho ou aos hospitais.

Outra semelhança da história da loucura com a história das prisões refere-se à exibição dos insanos à comunidade. As famílias providenciam o internamento dos seus, como forma de evitar o escândalo e a vergonha. Paralelamente a isto, os loucos podem ser visitados e exibidos ao público. Tal como Le Peletier propõe que o povo, inclusive as crianças, uma vez por mês, visitem os condenados, a título de publicidade e de ligação da idéia do crime à idéia da pena (FOUCAULT, 1996:99), no Hospital de Bethleem, na Inglaterra, a exibição de loucos custa um *penny*, sendo realizada aos domingos (FOUCAULT, 1995:146). "Esse olhar que se

voltava sobre ela [loucura] era então um olhar fascinado, no sentido de que o homem contemplava nessa figura tão estranha uma bestialidade que era a sua própria” (FOUCAULT, 1995: 438).

Ainda não se fala em doença mental. O louco é tido como ser incapaz, inferior, incompetente e desadaptado para o trabalho. As idéias de seleção natural de Darwin servem para vislumbrar o louco como um ser mais fraco, que necessita da ajuda dos mais fortes. "A loucura é vista no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se no grupo". (FOUCAULT, 1995:78)

Alan Índio Serrano também oferece uma visão bem crítica desse processo de isolamento e neutralização, ao afirmar que, com a inferiorização dos desviantes, afirma-se como "homem apropriado para viver em liberdade o burguês, branco, dominador e colonizador, com sua cultura e sua moral" (1992:24). A internação do louco nesse período destina-se, unicamente, à sua custódia pelo Estado, sem qualquer finalidade curativa.

Os casos de doenças venéreas passam a receber atenção da medicina, sendo direcionados aos hospitais. Com a separação dos presos e de portadores de doenças contagiosas dos loucos, a loucura pode ser mais bem observada em suas características próprias. O reconhecimento da loucura, em sua realidade patológica, só ocorre com o seu isolamento, quando então é definida em sua realidade médica por Pinel. Conforme Castel (1978), Pinel destaca-se como um marco no nascimento da psiquiatria sob um tríplice aspecto: classifica o espaço institucional asilar e redistribui os enfermos; promove um arranjo nosográfico das alienações mentais, instituindo um saber psiquiátrico, a ciência alienista; e impõe uma relação específica de poder entre médico e enfermo, explicita no “tratamento moral”. O isolamento terapêutico, ou seja, a exclusão social da pessoa com transtorno mental de seu meio, seria um transporte do modelo criado na Botânica por Lineu, que ao criar as estufas ou casas de vegetação, pregava a retirada das plantas de seu habitat natural para melhor observá-las em um ambiente totalmente controlado.

Michel Foucault (1995:384) denomina a este acontecimento da segunda metade do século XVIII de "a nova exclusão no interior da antiga", talvez simbolicamente uma nova saída da Nau dos Loucos. As monografias da época não se aplicariam mais, tornando necessária a construção de nova classificação, que se baseasse na observação asilar. O louco não tem, até então, caracteres que o distingam dos demais internados por insanidade. A diferenciação só é fácil e evidente em relação a criminosos, pobres e doentes venéreos que dividem o espaço comum do internamento. Com seu afastamento, faz-se necessária a inclusão da diferença na igualdade da loucura (FOUCAULT, 1995:387).

As mudanças econômicas, a exigirem mão-de-obra barata, contribuíram para o progressivo isolamento do louco dentro do asilo. Percebe-se que o internamento de pobres em instituições representa, já nessa época, um custo assistencial alto. Seu aproveitamento é melhor no comércio, indústria e no ciclo de consumo, ainda que suas possibilidades sejam limitadas. O pobre é reintroduzido na comunidade, não mais para possibilitar a santificação do rico, através da esmola, mas para sustentá-lo.

Já com o doente, que não pode trabalhar e produzir riquezas, o tratamento não tem utilidade econômica. Conseqüentemente, não há urgência em efetivá-lo. A melhor forma de assistência passa a ser vista como a realizada dentro do seio da família (PESSOTI; 1997). A manutenção pelo Estado, distribuindo diretamente auxílio às famílias dos doentes é mais barata do que a construção de hospitais. Estas idéias serão encontradas também em Basaglia, na Itália, ao pregar o fim dos manicômios. O lugar da cura deixa de ser o hospital e passa a ser a família. O louco deve ser mantido em casa com os familiares. Se estes descuidarem de sua guarda, podem sofrer conseqüências. O seu isolamento domiciliar, segundo o direito penal catalão, pode prolongar-se até a completa cura; caso contrário, até a morte, não desconsiderando a utilização de meios de contenção.

Esta providência, na opinião de Cuello Calón (apud ALVIM, 1997:83), figura como medida de segurança, ainda que bastante cruel. Autoriza-se a prisão de loucos que não tenham família. Isto justifica a prisão e perseguição às pessoas encontradas sozinhas pelas ruas. São conduzidas para as vagas dos leprosários, em asilos ali montados, afastadas do convívio público e obrigadas ao trabalho. "Enquanto as outras figuras encerradas tendem a escapar ao internamento, só a loucura ali permanece". (FOUCAULT, 1995:414)

Além disto, há certa desigualdade no tratamento dos loucos, mesmo que realizado através das famílias, a depender de sua classe social. Os ricos passam a cuidar rigorosamente de seus parentes atacados por loucura dentro de suas casas, diretamente ou por pessoas contratadas e de sua confiança. Já os pobres não têm os recursos necessários para conter os insensatos. Torna-se necessário o auxílio do Estado, colocando à disposição também dos pobres a possibilidade de cuidados e vigilância, desta feita de forma gratuita e intramuros.

A necessidade de definição de um espaço público de assistência destaca hospitais gerais como o de *Bicêtre*, destinado aos homens, e o de *Salpêtrière*, destinado às mulheres, ambos situados na França. Para lá são enviados os insensatos pobres. Sendo o louco oriundo de províncias distantes de tais hospitais gerais, é mantido nas prisões. Essa segregação surge como uma demanda da sociedade burguesa em crescimento, para a qual a existência de pessoas que não se inseriam no sistema produtivo iria atrapalhar o processo de acumulação

capitalista. Retirá-los do meio social torna-se assim imperativo ou, no máximo, sua permanência deveria ser limitada à família. De qualquer forma, essa sociedade burguesa não os quer misturados à sociedade (DUARTE Jr,1986).

Na interpretação de Michel Foucault, no momento em que a doença e a miséria passam a ser coisas privadas, a loucura vem a necessitar de um estatuto público e de um espaço de confinamento que garanta a sociedade contra os seus perigos (1995: 424). Não se sabe como deve ser esse espaço. Entretanto, deve servir para recepcionar o louco, bem como os doentes e pobres sem família, substituindo-a em hipótese de tentativas infrutíferas de manutenção desses dentro do convívio familiar. O louco fica situado entre uma assistência incipiente e o internamento em vias de desaparecimento.

Aos poucos, conforme afirma Foucault (1995), os locais de internamento, antes espaços de cura da alma, espaços religiosos onde a caridade feita buscava a salvação da alma do benemérito, transformam-se paulatinamente em estruturas medicalizadas; os médicos assumem sua direção e os transformam em lugar de ensino médico. Com isto desenvolve-se a tecnologia curativa e assistencial.

Procura-se não mais coagir o louco, porque isto o leva a se refugiar na imaginação. Deixa-se ser ele mesmo, para que a loucura assuma suas próprias faces. Principia um sistema de registros dos acontecimentos do asilo, ao contrário do que acontecia anteriormente, onde não havia registros sobre as pessoas internadas. Esta estruturação logística da informação pertinente aos internos dos asilos permitiu o surgimento de estudos e teorias que buscavam explicações genéticas-constitucionais para os comportamentos desviantes e criminais, tendo como grande expoente o italiano Lombroso.

Cesare Lombroso, nascido em Verona em 1835, foi professor universitário, criminologista e respeitável médico psiquiatra italiano, desempenhando importantes estudos, destacando-se os realizados no campo da antropologia criminal. Dentre as suas obras de maior repercussão, estão “O Homem Delinqüente” e “O Crime, Suas Causas e Solução”, além de livros na área do espiritismo. Juntamente com Ferri e Garofalo ocupou um dos papéis centrais no desenvolvimento da Criminologia e na Escola Positiva de Direito Penal, ao desenvolver teses que sustentaram um momento de rompimento de paradigmas no Direito Penal e o surgimento da fase científica da Criminologia, rebatendo a tese da Escola Clássica da responsabilidade penal lastreada no livre-arbítrio.

Com o despontar da filosofia positivista e o florescimento dos estudos biológicos e sociológicos, nasce a escola positiva do direito penal. Essa escola, produto do naturalismo, sofreu influência da doutrina evolucionista de Darwin e Lamarck, da materialista de Buchner,

Haeckel e Molenschott, da doutrina sociológica de Comte, Spencer, Ardig e Wundt, da frenológica de Gall, da fisionômica de Lavater e ainda dos estudos de Villari e Cattaneo (CALHAU, 2009).

A Escola Positiva surgiu no contexto de um acelerado desenvolvimento das ciências sociais (Antropologia, Psiquiatria, Psicologia, Sociologia, estatística, etc.). Esse fato determinou de forma significativa uma nova orientação nos estudos criminológicos. Ao abstrato individualismo da Escola Clássica, a Escola Positiva opôs a necessidade de defender mais enfaticamente o corpo social contra a ação do delinqüente, priorizando os interesses sociais em relação aos indivíduos (IDEM).

Os positivistas rejeitaram totalmente a noção clássica de um homem racional capaz de exercer seu livre arbítrio. O positivista sustentava que o delinqüente se revelava automaticamente em suas ações e que estava impulsionado por forças que ele mesmo não tinha consciência. O positivismo está estreitamente ligado à busca metódica sustentada no experimental, rejeitando noções religiosas, morais, apriorísticas ou conceitos abstratos, universais ou absolutos. O que não fosse demonstrável materialmente, por via de experimentação reproduzível, não podia ser científico (LYRA, 2003).

O ponto de partida da teoria de Lombroso, como relata Carrara (1999) proveio de pesquisas craniométricas de criminosos, abrangendo fatores anatômicos, fisiológicos e mentais. Lombroso expôs em detalhe suas observações e teorias na obra *O Homem Delinqüente* cuja primeira edição apareceu em 1876. Sua contribuição principal para a Criminologia não reside tanto em sua famosa tipologia, na qual se destaca a categoria do "delinqüente nato" ou em sua teoria criminológica, senão no método que utilizou em suas investigações: o método empírico. Sua teoria do delinqüente nato foi formulada com base em resultados de mais de quatrocentas autópsias de delinqüentes e seis mil análises de delinqüentes vivos. O modelo atávico que, conforme o seu ponto de vista, caracterizaria o tipo criminoso, contou com o estudo minucioso de vinte e cinco mil reclusos de prisões européias.

Segundo Lombroso, criminosos e não-criminosos se distinguem entre si em virtude de uma rica gama de anomalias e estigmas de origem atávica ou degenerativa, apontando as seguintes características corporais do homem delinqüente: protuberância occipital, órbitas grandes, testa fugidia, arcos superciliares excessivos, zígomias salientes, prognatismo inferior, nariz torcido, lábios grossos, arcada dentária defeituosa, braços excessivamente longos, mãos grandes, anomalias dos órgãos sexuais, orelhas grandes e separadas, polidactilia. As características anímicas, segundo o autor, seriam: insensibilidade à dor, tendência a tatuagem,

cinismo, vaidade, crueldade, falta de senso moral, preguiça excessiva, caráter impulsivo (CARRARA,1999;104-09)

Lombroso foi modificando seus postulados nas edições sucessivas de sua obra e, por ela, se viu obrigado a incorporar os resultados daquelas observações empíricas que justificam suas mudanças de orientação. As correções que foi introduzindo não alteravam o núcleo de sua teoria, ou seja, o postulado segundo o qual existe uma diferença biológica entre o delinqüente e o não-delinqüente (IDEM; 112)

Enrico Ferri (1905), criminologista italiano, sobre a obra do qual se baseia o código penal argentino, em seus estudos acerca dos aspectos psicológicos dos crimes, considerava que fatores como amor, honra, religião e lealdade não contribuem para o comportamento criminal, que parece muito mais afetado por ódio, vaidade ou frustração. O mesmo autor, em um discurso no Parlamento Italiano, referiu um episódio da Roma antiga, que doravante seria visto como antecedente das medidas de segurança. Tratava-se do internamento a que fora submetido um matricida, tido como louco, por ordem do imperador Marco Aurélio. Segundo Ferri, o imperador teria respondido ao juiz, ao ser indagado sobre o matricida Elias Prisco, do seguinte modo: "Se tens certeza de que Elias Prisco não simulou a sua loucura, podeis transigir sobre o modo de condenação, desde que ele é bastante punido pelo seu próprio furor". (ARAÚJO apud ALVIM, 1997:57)

2.1.2.3 O entendimento psicológico da loucura

Pode-se considerar que o surgimento da Psiquiatria, como especialidade médica, remonte à publicação do *Traite Medico-Philosophique sur l'Alienation Mentale*, em 1801, por Philippe Pinel, muito embora existam relatos de que, em 1409, médicos do Asilo de Valência, na Espanha, retiram as correntes que contêm os alienados e instituem o tratamento moral (GUIMARÃES, 1994:07). Atribui-se a Pinel a autonomia da medicina do espírito e o mérito de aplicação de técnicas revolucionárias para a época, como o simbólico ato de soltar os grilhões e liberar os loucos das correntes. Todavia, a liberdade concedida dessa forma, ainda o era no contingenciamento do espaço físico dos

hospícios. A esse "gigantesco aprisionamento moral é que se está acostumado a chamar de a libertação dos alienados por Pinel e Tuke". (FOUCAULT, 1995: 503)

Em vinte e oito de agosto de 1793, Pinel assume a direção do *Bicêtre*, transformado no principal centro de hospitalização de insanos, de acordo com a previsão legislativa de 1790, determinando a construção de casas para os insensatos. Inicialmente erguido para abrigar a pobreza e a mendicância, o *Bicêtre* recebe, além dos loucos, velhos, indigentes e condenados, aos quais se somam os presos políticos da Revolução Francesa.

Para Pinel, lesões no intelecto e na vontade poderiam provocar a loucura. Deveria-se observar os comportamentos, os gestos, o modo de falar dos pacientes. Isto porque as aberrações comportamentais refletem a ocorrência de lesão ou comprometimento das faculdades mentais. Observando-se os traços comuns, pode-se evoluir para a especificação da doença, constatando-lhe a natureza e elaborando sua classificação, passos fundamentais para o diagnóstico. Para Isaias Pessoti (1997:606), o apego de Pinel à instituição hospitalar pode ter origem nessa exigência metodológica.

Com o intuito de promover tal observação clínica, que, no entendimento de Pinel era impossível de ser realizada nas condições em que vinham sendo acolhidos os alienados até então, era necessária a libertação dos loucos das correntes. A observação deveria dar-se sobre o comportamento em seu estado natural e, não, distorcido pelo desconforto e pela violência das antigas práticas asilares. Quando a contenção à força for necessária, deveria-se utilizar a camisa-de-força.

Tem-se, assim, o início da atribuição da função médica no *Bicêtre*. Para Michel Foucault (1995:464), a própria nomeação de Pinel para a direção desse hospital prova que a presença de loucos no *Bicêtre* já é um problema médico, visto que Pinel era conhecido por seus artigos, publicados na *Gazette de Santé*, sobre as doenças do espírito. Passando o internamento a ser considerado por seu valor terapêutico e a loucura a ser vista como doença, estabelece-se uma relação necessária entre asilo e doença. (FRAYZE-PEREIRA, 2002:83)

Tem-se no *Traité* a primeira preocupação em construir uma classificação nosográfica. O termo "alienação mental" passa a englobar as formas clássicas de loucura: mania e melancolia. A primeira, chamada de "delírio total", caracteriza-se por desordens da atividade ideativa, manifestadas através da agitação ou furor do paciente, as quais não implicam, necessariamente, uma lesão no cérebro ou perda total da racionalidade. Por outro lado, a melancolia representa o "delírio exclusivo", tristonho, negativista, absorto em um só pensamento. A atenção do melancólico permaneceria fixa em um dado objeto. Nesta classificação, o critério básico de diferenciação entre uma forma e outra é a amplitude do delírio, generalizado na mania e limitado a uma idéia fixa na melancolia. (PESSOTI,1997:169)

O tom moralista no tratamento prescrito por Pinel pode ser percebido na citação das causas morais do desarranjo mental, destacando-se o tipo de educação, o modo de vida e a excessiva religiosidade, além da revalorização das paixões, como ira, terror, dor, ódio, amor, ciúme e inveja, como fontes da loucura. Sob esta ótica, a loucura pode ser vista como "produto da imoralidade ou dos hábitos inadequados" (PESSOTI, 1997:106), sobretudo das classes sociais inferiores.

Acreditando no papel das causas morais na etiologia da loucura, Pinel acreditava ser possível revertê-la através da educação. Por isto, empregava processos disciplinares em seus pacientes. O tratamento, enquanto reeducativo, que, esperava-se, atuaria ao nível de convencimento do paciente, era dotado de conteúdo moralizante, pois buscava a modificação de comportamentos, tidos como inadequados. Outro enfoque de moralidade consistia na repressão a certos comportamentos sexuais, denominados vícios. O trabalho terapêutico de Pinel era dirigido ao tratamento das paixões (pulsões) excessivas ou desviantes dos pacientes. Para curar os excessos e eliminar os delírios, passaram a ser utilizadas vivências afetivas igualmente fortes. O confronto entre a emoção que provoca o delírio e a empregada para suplantá-la deveria estimular uma elaboração racional por parte do paciente, causando a superação do pensamento delirante. Para que isto ocorresse, o paciente deveria ter um resíduo de racionalidade, sob o risco do tratamento moral mostrar-se ineficiente.

Desse modo, a loucura, vista como resultado de um desequilíbrio na natureza do homem, no que tange à sua razão ou a seus afetos, mostra-se passível de correção. No entanto, o tratamento moral exige um resíduo de racionalidade do paciente para ter eficácia. Quando o tratamento não determina uma mudança nos hábitos e costumes, deveria cessar a competência clínica e dar-se início aos "processos repressivos adequados" (PESSOTI, 1997:150) ou mesmo prescrever o confinamento definitivo, que era aplicado a fanáticos religiosos, aos que resistem ao trabalho ou se dedicam ao roubo.

Percebe-se aqui, novamente, o tom moralista da obra de Pinel, ao conferir conseqüências mais graves a faltas contra a sociedade burguesa, às quais nem a loucura serve como desculpa ou causa de perdão.

Vê-se que, com estas intervenções, não há adequação exata do tratado de Pinel aos modelos de explicação da loucura anteriormente analisados. Não se apresenta conceitos exclusivamente organicistas, nem se faz uso de explicações mitológicas. Pinel vislumbra a loucura sempre como lesão da mente, enquanto estrutura funcional, mesmo que decorrente do exagerado apego a alguma paixão. Da mesma forma, rejeita a apresentação dada por Eurípedes à loucura, como descontrole passional. Nesse desarranjo intelectual ou afetivo não

há, necessariamente, uma lesão anatômica do cérebro, daí indicar a medicina moral para seu tratamento.

Embora constitua um marco na assistência ao portador de transtorno mental, além do seu fundamental papel histórico, o tratamento moral inspirado em Pinel não é isento de críticas. Como visto, centra-se no poder do médico, como defensor da razão e depositário da norma social, passando a assumir um compromisso "com alguma forma de ordem pública, alguma forma de conduta socialmente aprovada e na qual o comportamento aberrante deve ser enquadrado". (PESSOTTI, 1997:129)

Mesmo sendo extremamente valorizada, é bom ressaltar que a intervenção médica não se dá por seus conhecimentos científicos. São escolhidos para trabalharem com os insanos aqueles que têm grandes conhecimentos. Estes podem provir da experiência asilar, não sendo necessário que sejam conhecimentos objetivos da medicina ou que seu aplicador seja um médico, bastando que fosse um sábio. Kant, a respeito, prefere que o contato com os insanos seja realizado por filósofos. (KANT apud FOUCAULT, 1995:497) Daí ser possível afirmar que o médico, nessa época, domina a loucura não por a conhecer, mas por circunscrevê-la e discipliná-la dentro do asilo.

Com o rompimento das correntes que aprisionavam os loucos, deixando-os relativamente livres dentro dos muros, Pinel acabou por libertar também alguns sintomas e aspectos da loucura que antes não eram percebidos. Os loucos passam a ser agrupados em pavilhões segundo os sintomas comuns que apresentam. Pinel introduz alguma racionalidade na acomodação dos loucos, de acordo com as particularidades de suas patologias. (PESSOTTI, 1996:165). O manicômio passa a servir como espaço privilegiado para a observação sistemática dos comportamentos e seu diagnóstico.

Estando superada a finalidade de pura exclusão e custódia, modifica-se a função da medicina. A equipe médica passa a ter finalidades efetivamente terapêuticas, visando cura e controle, assumindo grande importância, pois deve permanecer o maior tempo possível com o paciente, interagindo com o mesmo, para buscar resgatar sua racionalidade. Institui-se, assim, a relação terapêutica médico-paciente, vista como fundamental para alcançar as alterações comportamentais pretendidas. Dos fenômenos afetivos envolvidos em tal relação decorre muito do sucesso, ou não, da prática clínica contemporânea, sendo, desde o início do século passado, valorizada e esclarecida, na construção dos diversos papéis que o médico desempenha, por Freud (2006:58).

Além das modificações na forma de aprisionamento dos insanos, houve, ainda, a modificação arquitetônica dos manicômios. O trabalho de controle e vigilância dos pacientes

ficou facilitado em prédios térreos. Eliminou-se as escadas e os andares, para que os enfermeiros sempre vissem os pacientes e com eles mantivessem contato (*panopticon*). A visita médica aos pacientes passou a ser mais cômoda. Tais modificações só são possíveis pela mudança de enfoque sobre a loucura.

Enquanto adotado o modelo organicista, tais providências não se faziam recomendadas. Para tal corrente de pensamento, o sucesso do tratamento depende das práticas farmacológicas, para as quais pouco importa a relação afetiva estabelecida entre médico e enfermeiros para com o paciente. O efeito do medicamento, ainda, opera-se independentemente das condições físicas das instalações manicomiais. Os organicistas pretendem alterar o estado do cérebro, atuando diretamente sobre ele, para modificar as idéias delirantes e o comportamento desviante, desconsiderando as percepções e o envolvimento afetivo do paciente. (PESSOTI, 1996: 293)

Aliado às práticas inovadoras em relação à estruturação funcional dos manicômios, Pinel e seus seguidores, com destaque para Esquirol, fazem uso de tratamentos físicos. Assim como os organicistas, empregam sangrias, vomitórios, duchas frias, entre outros métodos, por acreditarem em experiências sensoriais e cognitivas novas, contrárias às que o comportamento ou a fala delirante do alienado evidencia, como forma de corrigir os distúrbios mentais.

Porém, contaminados pelo espírito moralista, tais métodos terapêuticos passam a ser utilizados como castigos. Se anteriormente a ducha era utilizada para atuar sobre o sistema nervoso, passa a servir como punição. Durante sua aplicação, reforça-se a idéia de que aquela medida é para o benefício do próprio paciente e que sua aplicação é feita com pesar. Repete-se o método tantas vezes quantas forem necessárias para o paciente reconhecer sua falta, até que ocorra a interiorização da "instância judiciária" e o surgimento do remorso (FOUCAULT, 1995:494-495). Com a difusão dos manicômios, o tratamento moral passa a ser utilizado somente com o sentido disciplinar. Utilizam-se os métodos repressivos com desvirtuamento e de forma excessiva, buscando-se mais o controle da instituição manicomial do que o bem do paciente alienado. Parte dessa percepção punitiva dada ao que deveria ser, na verdade, puramente terapêutico permanece nos dias atuais em condutas clínicas desnecessárias infligidas a alguns pacientes internados.

Em meados do século XIX, o método de Pinel e Esquirol encontra-se deteriorado. O manicômio retorna à sua finalidade inicial de instrumento de segregação. A custódia dos loucos decorre da necessidade de oferecer tranquilidade à família e a sociedade. O conhecimento psicopatológico volta a ser abandonado, repetindo-se a tendência histórica de retorno a outro modelo de compreensão da loucura, que permanece preponderante até a

década de 1950, quando o surgimento dos primeiros antipsicóticos efetivos promoveu uma nova perspectiva de tratamento dos transtornos mentais, desta feita com possibilidades concretas de controle e manutenção do vínculo domiciliar.

Neste instante histórico, em meados do século XX, o italiano Franco Basaglia instaura os fundamentos do que seria, posteriormente, utilizado para o redirecionamento da assistência ao portador de transtorno mental em seu país.

Acreditava Basaglia, assim como seus seguidores Cooper, Laing e Szasz, que a origem do sofrimento psíquico está na sociedade, na medida em que, como assinala Frayze-Ferreira (2002), a impessoalidade de nossas relações humanas, a indiferença afetiva e o isolamento aos quais o indivíduo está sujeito em nossas sociedades industriais, a fragmentação da coerência de nossa conduta cotidiana devida ao fato de pertencermos e atuarmos em diversos grupos que nos impõem papéis contraditórios, além da rivalidade e competitividade impostas pela sociedade, impelem o indivíduo a uma condição, de várias formas, insana.

Buscando a melhor forma de se lidar com os doentes sem incorrer em relações de poder, Basaglia critica a relação médico-paciente tradicional, que reproduziria de forma amplificada as relações patogênicas experimentadas na família, enquanto célula do constructo social. Assim Basaglia nega as práticas asilares e correlatas e defende a busca da liberdade e autodeterminação por parte dos portadores de sofrimento psíquico. Tal proposta irá chegar aqui no Brasil na forma de hospital dia, centros de convivência e cooperativas, onde o paciente passaria o dia desenvolvendo atividades para o seu engrandecimento, atividades por ele escolhidas. Basaglia ao criticar tais relações de poder, seja a nível macro - a instituição manicomial opressora - seja a nível micro - as relações entre os profissionais de saúde e seus usuários visando implantar novas práticas no trato com a saúde mental – procedeu uma grande mudança no paradigma da assistência ao portador de transtorno psíquico.

Tal revolução se torna mais relevante quando vemos que seus feitos são muito mais práticos de que teóricos, ou seja, não só criticou o modelo anterior, mas principalmente inovou na ação concreta. Sua ação foi pautada pela busca de relações horizontais com os portadores de sofrimento mental, o que serviu de diretriz de atuação para muitos.

A realização de diversas reuniões e assembléias diárias com usuários, médicos, psicólogos, enfermeiros e demais técnicos deu vez e voz àqueles, os primeiros, que sempre foram coercitivamente calados. Tais encontros não eram momentos terapêuticos em si, mas momentos de decisão para esse coletivo.

O usuário tendo condições de opinar sobre seu próprio destino via-se, assim, respeitado em sua dignidade humana, tinha seus desejos expressados, sua subjetividade por fim exteriorizada

Muito embora a instalação de serviços não-asilares e incremento na participação do paciente nas decisões fosse o núcleo do ideário de Basaglia, este não se considerava defensor da antipsiquiatria, considerando-se “um psiquiatra que queria dar aos pacientes uma alternativa diferente da oferecida até então” (DUARTE Jr, 1986; 53).

2.1.3 A questão do louco infrator

O manejo da loucura adentra o século XX como uma atribuição médica. O desarranjo moral do louco converte-se em fenômeno físico observável, tornando-se o objeto de conhecimento de um não-louco, dotado de saber científico. O especialista é aquele autorizado a proferir determinado discurso impessoal, neutro e competente, assim entendido o discurso instituído, socialmente permitido e autorizado. A crença na competência científica alimenta o prestígio desse discurso. Em matéria de loucura, o homem contemporâneo passa a ser aquilo que o discurso competente ou fala autorizada diz que ele é, enquadrado em classificações nosológicas e tratado de acordo com determinada teoria. (ENGEL, 1999)

Nesse momento histórico, a crescente racionalização do mundo tende a suplantiar a crença nos mágicos, na influência dos deuses ou demônios, abandonando-se o modelo místico-religioso. O incipiente modelo psicológico de entendimento da loucura sustenta-se sobre um fundo organicista.

A Psiquiatria vem atender aos anseios de uma justificativa científica para o tratamento dado aos loucos, destinando-lhes, inicialmente, o estrutura dos hospícios, por razões científicas, como espaço de exclusão, discriminação e local de disciplina ou correção moral. Percebe-se que, em última análise, "o hospício é um lugar para se isolar os doentes (exclusão), incapacitá-los de conviver com os normais (reclusão) e vigiar suas atitudes, a fim de não oferecerem perigo a si e aos outros (custódia)". (SERRANO, 1992:32)

O modelo de correção moral e disciplinar não é aplicado apenas nos asilos psiquiátricos, como também passa a ser empregado nas penitenciárias, casas de correção, estabelecimentos de educação e hospitais. Há uma permanente dicotomia entre o que é

considerado normal e anormal, assim como "um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais". (FOUCAULT, 1996:176)

Sabe-se que conceito de loucura varia de sociedade para sociedade. É um conceito construído dentro de uma determinada realidade histórica e sob influência de valores culturais particulares. O mesmo pode-se dizer do enquadramento de determinada conduta como crime ou infração penal. Nesse sentido, diz Michel Foucault que "a sociedade define, em função de seus próprios interesses, o que deve ser considerado crime" (1996:94). O comportamento humano, normal ou patológico, individual e grupal, só é inteligível quando analisado dentro do contexto sócio-cultural em que se verifica. Torna-se culpável ou não, a depender do grupo social e do modelo social onde se realiza.

Quando há prática de crimes por indivíduos tidos como insanos, ainda que sendo absolvidos, por incapacidade de entendimento do caráter ilícito do fato cometido, terminam – estes indivíduos – por serem afastados do convívio com a sociedade, em virtude de sua virtual periculosidade. Aplicam-se-lhes as medidas de segurança. A consequência da absolvição é a constrição da liberdade, o mesmo efeito de uma condenação. Justifica-se com a necessidade de tratamento.

Tem-se aí uma postura paradoxal, visto que, em geral, os ordenamentos jurídicos parecem proteger e preservar o louco, tornando-o inimputável e, ao mesmo tempo, impõem-lhe tratamento compulsório em um regime de segregação semelhante, se não mais cruel, ao que é imposto aos criminosos ditos normais. Tal medida baseia-se não na punição do crime, nem na capacidade ressocializadora ou corretiva da reclusão, mas sim na necessidade de cura do transtorno causador do comportamento criminoso.

Porém, modernamente, sabe-se que o tratamento da grande maioria dos transtornos mentais pode e deve ser realizado no meio comunitário, prescindindo da exclusão promovida pela medida de segurança. A finalidade da medida de segurança é, então, de marcar com a exclusão aquele que se desvia da norma. Esconde-se esta violência social sob o rótulo de tratamento. Julga-se não o crime e seu elemento de culpabilidade, mas julga-se a pessoa que o pratica e sua (a)normalidade, prescrevendo-se técnicas para uma normalização possível.(FOUCAULT, 1996:24)

Para Michel Foucault, a construção ideológica da medida de segurança é fortemente marcada por influências do modelo pinelista, na medida em que permite-se que a liberdade do louco atue, mas num espaço fechado e rígido. Admite-se a liberação das consequências da prática de um crime, mas, por outro lado, o louco é visto como aprisionado por um

determinismo dos mecanismos que atuam sobre ele, tornando-o irresponsável e essa sua irresponsabilidade é assunto de apreciação médica. (1995:507)

O Direito Penal considera passível de enquadramento como alienação mental os comportamentos anômalos que atingem a inteligência e a vontade, requisitos formadores da imputabilidade. Outras funções psíquicas que, porventura, sofram alterações, como as alterações psicopatológicas da percepção, atenção, memória e os transtornos de afetividade, não são consideradas como fatores de inimputabilidade. Tanto assim o é que o Código Penal Brasileiro mostra-se contundente ao considerar que a paixão não exclui a imputabilidade.

Para Muñoz Conde e Arán (1998:636) a finalidade da medida é a cura do doente mental; a sua imposição, quando não seja necessária para a cura, ou seja, inclusive, inútil, significa pura e simplesmente repressão. Nesse caso, o internamento converte-se em prisão por tempo indeterminado, até perpétuo. O internamento obrigatório do doente mental se converte em um substitutivo de pena.

Tal discussão tem sido pouco valorizada nos meios jurídicos, sendo até mesmo considerada uma temática doutrinária de menor importância. Como revela Peluso (2005), talvez o desinteresse pelo assunto decorra da natureza dos “clientes” a quem as medidas de segurança são destinadas, geralmente pessoas desprovidas, na prática, de seu status de cidadão e, ainda, desprovidas ou diminuídas da sua própria capacidade intelectual e volitiva, interessando mais às Ciências Médicas do que aos profissionais do Direito.

Na área penal, a discussão sobre a conveniência do internamento, ou não, como cura, ainda é incipiente. Sustenta-se o internamento com base na periculosidade dos pacientes. Só que esta, conforme os dados de estudos, em acordo com as possibilidades terapêuticas modernas, é mínima. O percentual de doentes mentais que comete crimes também é pequeno. No entanto, as recomendações da Psiquiatria moderna não vêm sendo consideradas pelo Direito Penal. Construiu-se o mito da periculosidade do doente mental, exagerando-lhe a quantidade e qualidade. Alcança-se um pretexto para imposição de medida essencialmente repressiva. (KARAM, 1993:158)

A percepção dominante nos meios doutrinários jurídicos é a de que as penas têm natureza retributivo-preventiva, ou seja, tem o papel de “compensar” o dano causado pelo ato criminoso na medida em que pune o agressor e, dessa forma, educa-o a não mais reincidir, enquanto as medidas de segurança têm somente a natureza preventiva, ou seja, se antecedem à própria execução de um eventual novo ato criminoso; que as penas baseiam-se na culpabilidade e, assim, são proporcionais à infração cometida, enquanto as medidas de segurança baseiam-se na periculosidade do agente e a ela são proporcionais; as penas estão

voltadas para o passado e as medidas de segurança para o futuro; as penas são aplicadas aos imputáveis e semi-imputáveis e as medidas somente aos inimputáveis; as penas são fixas e temporalmente determinadas e as medidas de segurança possuem prazo indeterminado. (ANTUNES, 2003)

Ao cometer um crime, o indivíduo considerado insano, é absolvido nos modos da lei, mas obrigatoriamente submetido à medida de segurança, que apresenta os mesmos e tão combatidos efeitos da prisão, com a agravante da indeterminação no tempo (BRASIL, 1997). A medida de segurança pode constituir uma pena perpétua, pois depende da diminuição ou cessação da periculosidade, sempre presumida, do doente. Se seu objetivo não é o apenamento, visto a ausência de culpabilidade que a própria norma legal determina, é mais que necessário que a duração da medida de segurança seja revista, nos termos da moderna Psiquiatria.

Considerando-se que as medidas de segurança também são conseqüências jurídicas do crime, portanto, consideradas sanções penais, assim como as penas propriamente ditas, deve-se analisar a questão da determinação temporal desta sanção, visto que a Constituição Federal veda sanções penais de caráter perpétuo.

Diante da potencial permanência da medida de segurança em caráter perpétuo, já que sua prorrogação pode ser dada indefinidamente, foi apresentado projeto de lei de autoria da então deputada Denise Frossard, que pretende modificar a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984), determinando, em seu artigo 177-A, que “o tempo de duração da medida de segurança não será superior à pena máxima cominada ao tipo legal de crime”. Todavia, tal projeto foi suplantado pelo projeto de lei nº 6.390, de 2002, de relatoria do deputado José Roberto Batochio, que considerou que o projeto anterior não constituía avanços na Lei de Execução Penal (BRASIL, 1997).

Permanece vigente, dessa forma, a legislação que determina que, ao sujeito que comete crime na vigência de transtorno mental, deve ser aplicada a medida de segurança, com prazo mínimo de um ano e máximo de três anos, prorrogáveis indefinidamente, enquanto não for constatada a cessação de periculosidade.

2.1.4 Transtornos mentais e comportamento violento

O paciente agitado, violento ou potencialmente agressivo é visto amiúde em serviços de emergência psiquiátrica. Vários são os transtornos psiquiátricos que cursam com violência. Tardiff já mencionava a relação significativa entre doenças mentais, em especial a esquizofrenia, e comportamento violento (TARDIFF, 1992, p. 495-96).

A esquizofrenia é um transtorno mental caracterizado pela grave cisão do juízo e alteração da percepção da realidade, com severo, porém variável, comprometimento social, volitivo e das relações interpessoais, com alterações de diversas funções psíquicas.

A manifestação do comportamento violento relacionado à esquizofrenia pode ocorrer de formas variadas, de acordo com o subtipo nosológico que acomete o indivíduo. As formas marcadas por maior exuberância dos sintomas produtivos – agitação psicomotora, alucinações diversas e percepção delirante – tendem a estar mais frequentemente ligados a comportamentos violentos.

Pacientes paranóides podem acreditar que são vítimas de perseguição ou de uma conspiração com o objetivo de prejudicá-los. Neste contexto, o ato violento pode surgir como uma defesa ante a uma ameaça externa que, na percepção do paciente, se impõe a ele.

As formas negativas da esquizofrenia, caracterizadas por embotamento afetivo, retraimento social, mutismo e comprometimento cognitivo têm sido menos frequentemente associadas à violência.

Segundo Koh, Gwee e Chan (2006), analisando 110 indivíduos que cometeram homicídio entre 1997 e 2001 em Cingapura, foi encontrada uma prevalência de esquizofrenia em 6,4%. Achado semelhante obtiveram Shaw, Hunt e Meehan (2006) no Reino Unido, que chegou à prevalência de 5% de esquizofrenia em homicidas. Considerando-se apenas os homicidas com transtorno mental, Teixeira e Dalgarrondo (2006), em levantamento realizado em uma casa de custódia em São Paulo, encontrou que 68,3% dos crimes contra a vida perpetrados pela amostra estudada, foi cometido por indivíduos com transtornos psicóticos.

Também são freqüentes os comportamentos agressivos nos transtornos afetivos. No transtorno depressivo do humor o indivíduo pode ser levado a um grau de desesperança e tristeza tão profundo que o leve a tentar acabar com sua própria vida e, muitas vezes, daqueles próximos a si, como meio de “preservar” estas pessoas – os filhos e cônjuges, em geral – daquele sofrimento aparentemente inescapável. Em revisão sistemática de 62 estudos relativos à prevalência de transtornos mentais na população carcerária, Fazel e Grann (2006) encontraram uma prevalência de depressão maior em 10% dos homens estudados, e de 12% na população feminina.

Já pacientes em episódios maníacos, com uma elevação patológica do humor vital, possuem um sentimento de hipervalorização de si mesmos, com tendência a minimizar riscos e envolver-se em atividades perigosas, além de terem um tênue limiar de frustração, que pode levá-los a agir de forma impulsiva e violenta ao verem-se limitados em suas ambições (HALES, 2006, p. 497).

Portadores de retardo mental, especialmente em seus níveis leve e moderado, também podem praticar atos potencialmente criminosos, visto que estes pacientes não possuem plenitude do juízo crítico de suas ações e, muitas vezes, têm preservada sua força muscular e capacidade física, podendo usar de força desmedida contra terceiros e contra si próprios. Trata-se de pessoas que, pela característica de comprometimento da inteligência e da capacidade de aprendizado, são, no geral, incapazes de compreender a ilicitude de seus atos.

De acordo com Everington e Fulero (1999), cerca de 11% dos indivíduos retidos em penitenciárias de segurança máxima ou no chamado “corredor da morte”, nos Estados Unidos, tem algum grau de retardo mental. Em levantamento semelhante realizado na Austrália e Nova Zelândia, Hayes (1991) estimou que 12,9% dos indivíduos presos por crimes violentos tem retardo mental com escore de QI's abaixo de 80, sendo que 2,4% do total tem escores de QI abaixo de 70.

Considera-se como transtorno psicorgânicos aquelas manifestações psíquicas ou comportamentais de transtornos clínicos de base, ou seja, que não são primariamente transtornos psiquiátricos. Inúmeras são as causas de transtornos psicorgânicos, como traumatismos, intoxicações, doenças metabólicas, endócrinas, neurológicas, infecciosas ou efeito de substâncias – inclusive medicamentos (NUNES FILHO, BUENO e NARDI, 2005).

Indivíduos portadores de epilepsias de foco temporal ou infra-orbitário experimentam um estado de alteração qualitativa da consciência, conhecido como estado crepuscular, em que há um estreitamento da consciência que leva à formação de juízos e percepções equivocadas, com manutenção da capacidade motora, que pode levar o indivíduo a comportamentos impulsivos e inadequados.

Como particularidade destes transtornos, ressalte-se que, tão logo seja corrigido ou superado o transtorno etiológico primário, em geral, o indivíduo retorna à sua capacidade cognitiva anterior.

A grande maioria dos estudos envolvendo criminalidade e transtornos mentais se ocupa da abordagem acerca dos transtornos de personalidade, em especial o transtorno de personalidade anti-social. Esta doença é caracterizada por um padrão de comportamento inadequado que se confunde com a própria linha de vida do indivíduo, com uma marcada

insensibilidade ao outro, ausência de culpa ou remorso, desapego a regras sociais e leis, e em envolvimento quase que invariável com a criminalidade. São autores de crimes que têm, em geral, grande repercussão na imprensa e que causam grande comoção social, pela crueldade dos atos e pela gritante indiferença do criminoso.

As mais importantes contribuições concernentes ao transtorno anti-social foram dadas por Hare, que desenvolveu uma escala de avaliação de psicopatia amplamente empregada em psiquiatria forense, o *Revised Psychopathy Checklist* (PCL-R). Trata-se de um *checklist* composto por 20 itens, recentemente validado no Brasil (MORANA, 2004), com pontuação de zero a dois para cada item, perfazendo um total de 40 pontos. O ponto de corte não é rigidamente estabelecido, mas um resultado acima de 30 pontos traduziria um psicopata típico, apesar de alguns estudos relatarem que consideraram valores inferiores, tais como 25 e 26. O uso de escalas padronizadas de avaliação de psicopatia ou de outros transtornos mentais permite, além de uma triagem diagnóstica rápida e efetiva, que não ocorram diferenças de avaliação decorrentes de aspectos subjetivos do entrevistador.

Embora o paradigma jurídico relacionado ao uso de substâncias seja o de considerar o dependente químico que comete crime como imputável ou, algumas vezes, parcialmente imputável, não levando à determinação da medida de segurança, estudos têm mostrado que o abuso de drogas, lícitas ou ilícitas, está relacionado não só com o cometimento de crimes, como à recorrências destes. (MATEJKOWSKI, CULLEN e SALOMON, 2008.)

Em pacientes sabidamente portadores de doença psíquica, o uso de álcool ou outras drogas pode ser considerado um fator predisponente de comportamento violento, conforme apurou Swartz. (1998)

2.1.5 A construção da assistência psiquiátrica no Piauí

Os registros históricos da construção dos sistemas públicos de saúde no Piauí são, de forma geral, poucos e imprecisos. Daí decorre a importância da obra de Guimarães para a compreensão dos momentos e movimentos políticos, sociais e históricos que nos trouxeram aos dias atuais.

De acordo com Guimarães (1994), o princípio da assistência à saúde na então nova capital do Estado data de 17 de agosto de 1861, quando da instalação do Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia, embora desde janeiro de 1854 um serviço médico estivesse

funcionando, de forma improvisada, junto ao Quartel de Polícia. A primeira referência ao tratamento de doentes mentais é encontrada no Decreto nº 25 de 22 de abril de 1890, que determina que, no Serviço de Clínica Médico-Geral da Santa Casa, seriam tratados “os inválidos e os loucos de todo gênero” (IDEM:30). Em 1896 é fundada na cidade de Parnaíba a Santa Casa, com atribuições semelhantes à sua correspondente na capital.

No ano de 1907, após a morte do governador Álvaro de Assis Osório Mendes, assume o governo do Estado o médico Areolino Antônio de Abreu que, já em 1906, reunira-se com os colegas de profissão a fim de angariar fundos para a construção de um asilo de alienados em Teresina. Com o montante arrecadado, foi adquirida uma chácara na zona norte da cidade, então conhecida como Campo de Marte – ou Campo dos Mártires, como ensina o psiquiatra Carlos Francisco de Almeida Oliveira -, na qual, após suplementação de verba através da Câmara dos Deputados e do Governo do Estado, foi inaugurado em 24 de janeiro de 1907 o *Asylo de Alienados Areolino de Abreu*, tendo como primeiro diretor Dr. Marcos Pereira de Araújo. (GUIMARÃES, 1994:30-31)

Em 1940, assume a direção do *Asylo*, Clidenor Freitas Santos, sendo considerado, por sua dedicação exclusiva ao entendimento e tratamento da doença mental, como o primeiro psiquiatra do Piauí. Em 1943, Dr. Clidenor inicia as obras de construção do Sanatório Meduna, que só seria concluído dez anos mais tarde, inaugurando uma era de introdução de novos tratamentos, como a eletroconvulsoterapia. (IDEM)

Além de médico visionário, Clidenor Freitas Santos também exerceu funções políticas relevantes que, inclusive, o levaram ao exílio entre 1964 e 1967. É de sua autoria, enquanto deputado federal, o projeto nº 107 de 1959, através do qual o Ministério da Justiça autoriza a construção de um Manicômio Judiciário em Teresina. (GUIMARÃES, 1994:41). Até os dias atuais, não há Manicômio Judiciário propriamente dito no estado do Piauí, embora, segundo Soares (2008) o prédio onde atualmente funciona o Centro de Atenção Psicossocial Dr. Martinelli Cavalca (Capsi), ao lado do Hospital Areolino de Abreu, inicialmente tenha sido construído para funcionar como Manicômio Judiciário e que foi redirecionado, conforme o autor acima, por pressão da então primeira-dama do Estado, Professora Adalgisa de Moraes Sousa (p.15).

O acolhimento dos pacientes com transtorno mental que cometem crimes é realizado nas diversas penitenciárias do estado ou, no que mais se aproxima de um manicômio judiciário, numa enfermaria adaptada dentro do Hospital de Custódia anexo à Colônia Agrícola Major César de Oliveira.

No dia 03 de abril de 1968 o Hospital Areolino de Abreu é transferido definitivamente para o prédio inaugurado em 1966, situado no bairro Primavera, passando a ser denominado Hospital Colônia de Psicopatas Areolino de Abreu. Nessa época, o prédio situava-se distante do centro da cidade, o que levava a crer que o acesso de pacientes ao ambulatório seria dificultado. Ao contrário das expectativas do Dr. Wilson de Freitas Santos, médico auxiliar do hospital, o ambulatório, passou a funcionar adequadamente anexo à colônia, contando com um corpo de funcionários mais numeroso, além de instalações em local apropriado. (GUIMARÃES, 1994:45)

Ao transferir o serviço de saúde destinado aos alienados do centro da cidade para uma região rural, esperava-se oferecer tratamento baseado em atividades agrícolas como forma ocupacional, dando à assistência uma certa humanização, embora tenha ocorrido, novamente, a segregação do louco, que foi, assim, destinado a habitar fora da cidade e longe dos olhos dos ditos normais.

Percebe-se, diante dos relatos históricos oferecidos por Guimarães, que a construção da rede de serviços para atendimento ao portador de transtorno mental no Estado do Piauí reproduziu, em escala local, o que já acontecera, séculos atrás, na Europa de Pinel.

O agora denominado Hospital Areolino de Abreu continua funcionando nas mesmas instalações desde 1968, com algumas e necessárias adaptações e reformas, mas mantendo grande parte de sua estrutura original.

Não situa-se mais afastado da cidade, estando, em verdade, incrustado no meio de um bairro residencial populoso, tendo grande parte de sua extensão territorial inicial ocupada por outras construções – como a 1ª Diretoria Regional de Saúde e o 2º Distrito Policial - e perdendo totalmente as características de colônia agrícola que existiam em sua concepção.

Em 1982, em convênio firmado entre o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a Secretaria de Saúde do Estado do Piauí e a reitoria da Universidade Federal do Piauí, o Hospital Areolino de Abreu passa ao status de hospital-escola, conjuntamente ao Hospital Getúlio Vargas, à Maternidade Dona Evangelina Rosa e ao Hospital de Doenças Infecto-Contagiosas. A partir de então, além das atividades de assistência médica especializada, o Hospital Areolino de Abreu passou a desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, tanto na graduação nos cursos da área de saúde, como na pós-graduação – em novembro de 1986 publicava-se o primeiro edital com oferecimento de vagas para Residência Médica em Psiquiatria (SOARES,2008).

Além dos serviços de internação integral, masculinas e femininas, e do serviço de Emergência Psiquiátrica, funcionam anexos o Hospital-Dia – serviço que faz assistência em

regime de internação parcial -, o ambulatório – que atende em dois turnos, das segundas às sextas-feiras, aos pacientes em regime ambulatorial -, o laboratório de análises clínicas, a Junta Médico-Pericial, além dos departamentos administrativos e de ensino, como o arquivo médico, a Biblioteca Joe Ferry, o Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica – em convênio com a Universidade Federal do Piauí, e a sede da Associação Psiquiátrica do Piauí.

Mesmo com tantas mudanças ao longo do tempo, permanece ainda, em relação ao Hospital Areolino de Abreu, o estigma social contra a doença mental, os doentes e até mesmo contra aqueles que os assistem, assim como permanece o hábito coloquial de tratar o hospital apenas como *colônia*.

2.1.6 Do tratamento dado ao “louco infrator” no Piauí

Apesar do projeto de instalação de um manicômio judiciário datar de 1959, até os dias atuais tal serviço não encontra-se em funcionamento. De acordo com o Código Penal Brasileiro, em seu artigo nº 26, aqueles que cometerem atos criminosos e que, em virtude de doença ou desenvolvimento mental incompleto, devem ser considerados inimputáveis. Estes indivíduos, ainda de acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, devem ser encaminhados para cumprimento de medida de segurança em manicômio judiciário ou, na falta deste, em outro serviço adequado, conforme o artigo 93 do CPB. (BRASIL, 1997)

Dada a interface historicamente estabelecida entre a doença mental e o crime, aliada à ausência de serviço adequado ao cumprimento da medida de segurança, surge a questão de para onde encaminhar os doentes mentais que praticam crimes. Cabe ao poder judiciário, então, determinar a forma e o local de cumprimento da medida de segurança.

De acordo com dados da Unidade de Direitos Humanos da Secretaria de Justiça do Estado do Piauí, estima-se que pelo menos 5% dos presos espalhados pelos presídios do Estado são portadores de desvios mentais. Porém, é preciso ressaltar, apenas uma parte desses apenados está efetivamente em cumprimento de medida de segurança, após instauração do incidente de insanidade mental e submissão a uma junta pericial médica. (FORTES FILHO, 2009)

Uma vez determinada a medida de segurança, abrem-se duas possibilidades ao infrator: o Hospital Prisional Professor Valter Alencar ou o Hospital Areolino de Abreu.

Funcionando numa construção anexa ao prédio principal da Colônia Agrícola Major César Oliveira, o Hospital Prisional Professor Valter Alencar constitui-se num serviço de assistência médica em regime de internação, destinado aos custodiados que apresentem quaisquer patologias clínicas e que não possam, por suas condições médicas, permanecer na alas comuns da colônia de apenados. Acomoda, dessa forma, os presos que convalescem de afecções infecciosas, clínicas ou cirúrgicas. É nesse espaço que estão alojados, de forma improvisada, os pacientes em cumprimento de medida de segurança, dado que, devido às particularidades de suas condições psíquicas, não convém que permaneçam em convivência contínua com os demais presos, considerados normais, sob risco de abuso e vitimização desses pacientes.

Dentro do hospital prisional, por ser localizado em uma colônia agrícola, os pacientes têm uma permanência que em muito lembra a proposta inicial da fundação da Colônia de Psicopatas Areolino de Abreu, ou as propostas das comunidades terapêuticas dos movimentos anti-manicomiais, com atividades behavioristas aliadas ao acompanhamento clínico e psicofarmacológico.

Ressalte-se, porém, que há marcada dificuldade por parte da direção do hospital prisional em atender a todas as necessidades dessa população em particular. Há dificuldades históricas acerca da disponibilidade de pessoal especializado (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) em número e capacidade suficientes para atender integralmente aos pacientes, embora tenha havido uma melhor assistência, graças a um acordo realizado entre a Secretaria de Justiça e a Secretaria de Saúde do Estado, disponibilizando psiquiatras do Hospital Areolino de Abreu para atendimento periódico aos custodiados.

Constitui entrave, ainda, o acesso às medicações psicotrópicas em variedade e quantidade necessárias ao tratamento contínuo dos pacientes, decorrentes da ambigüidade da condição destes apenados, cujo custo de tratamento e fornecimento de medicações não é feito pela Secretaria de Justiça, que entende ser essa uma atribuição da Secretaria de Saúde, nem por esta última, que considera que toda responsabilidade pela custódia e tratamento dos apenados é da Secretaria de Justiça.

Nesse ponto, mais uma vez, a interseção entre saúde e justiça faz com que aqueles que deveriam ser auxiliados nas duas esferas não o sejam em nenhuma. Enquanto paira a dúvida sobre a responsabilidade de manutenção do tratamento desses pacientes, se da Secretaria de Saúde do Estado ou se da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, muitas vezes há solução de continuidade na oferta de tratamento adequado, levando a desnecessárias

e evitáveis agudizações que, muitas vezes, culminam com a internação compulsória no Hospital Areolino de Abreu.

Uma outra possibilidade de encaminhamento ao indivíduo em cumprimento de medida de segurança reside no Hospital Areolino de Abreu. Tais pacientes são admitidos mediante determinação judicial e passam, então, a cumprir o tempo determinado em sua medida de segurança nas enfermarias daquele serviço de saúde. Embora pareça mais adequado ao acompanhamento clínico do doente infrator, um serviço hospitalar não dispõe das condições de custódia de uma instituição prisional, principalmente no que se refere à vigilância e segurança.

Não raro o Hospital Areolino de Abreu também acomoda temporariamente pacientes advindos de unidades prisionais, seja para acompanhamento especializado durante um período de agudização do transtorno psíquico, seja para submeterem-se à avaliação da junta médico-pericial.

Tem-se, assim, um panorama histórico da literatura acerca do comportamento violento, dos transtornos mentais e da construção dos paradigmas assistenciais dedicados ao doente mental, bem como da realidade local da rede assistencial dedicada ao paciente insano, especialmente àquele que, na vigência de sua patologia, envolveu-se em atitude criminosa.

3.1 MATERIAL E MÉTODOS

3.1.1 Desenho do Estudo

Desenvolveu-se um modelo de estudo de delineamento exploratório, constituído por um momento de corte transversal, para obtenção das informações sócio-demográficas e um momento retrospectivo, com análise dos documentos (prontuários médicos e processos criminais) dos sujeitos da pesquisa. Tais informações levantadas foram utilizadas no preenchimento de um formulário estruturado, especialmente construído de acordo com os objetivos da pesquisa.

3.1.2 Local do estudo

A coleta de dados foi realizada no período de 02 de outubro a 14 de novembro de 2008, no Hospital Prisional Professor Valter Alencar na Colônia Agrícola Major César Oliveira, sendo este um dispositivo prisional vinculado à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Estado do Piauí, situado no Km 24 da Rodovia BR 343, em Teresina – PI, em direção à cidade de Altos.

O hospital prisional onde foi realizada a pesquisa é constituído por uma edificação térrea, anexa lateralmente ao prédio principal da Colônia Agrícola Major César Oliveira, e separado deste por um alambrado com portão guardado por agentes penitenciários.

Ao adentrar-se no hospital prisional, tem-se dois consultórios médicos, para atendimento e exame físico, além de salas reservadas à direção e ao arquivo administrativo da instituição, onde guardam-se os processos e prontuários médicos dos pacientes. O setor nosocomial é constituído por posto de enfermagem – guarnecido por grades -, consultório odontológico e quatro enfermarias com quatro a seis leitos em cada. Tais enfermarias são utilizadas por detentos do sistema prisional no curso de qualquer transtorno clínico ou cirúrgico, que mereçam cuidados hospitalares.

Uma ala posterior do prédio, também com posto de enfermagem, fora adaptada para abrigar os pacientes em cumprimento de medida de segurança, sendo que cada quarto abriga,

em média, seis pacientes, que dispõem de camas metálicas com colchão de espuma e banheiro coletivo.

3.1.3 Sujeitos da pesquisa

Trinta e cinco indivíduos do sexo masculino em cumprimento de Medida de Segurança na unidade prisional Colônia Agrícola Major César de Oliveira, em Teresina – PI, à época do levantamento dos dados.

3.1.4. Critérios de inclusão

- Indivíduos do sexo masculino condenados pela justiça a cumprirem a modalidade penal Medida de Segurança na Colônia Agrícola Major César de Oliveira quando da coleta de dados;
- Indivíduos cujos processos possuam culpa já formada ou tenham transitado em julgado;
- Histórico de uso de violência ou agressividade no crime cometido.

3.1.5 Critérios de exclusão

- Ausência de laudo psiquiátrico emitido por junta pericial-médica;
- Processo em andamento ou recurso.

3.1.6 Instrumentos

- Um formulário estruturado para obtenção dos dados sócio-demográficos (APÊNDICE A);
- Os prontuários dos pacientes;
- Os processos criminais correspondentes;
- Avaliação clínico-psiquiátrica, através de laudo emitido pela junta pericial forense

3.1.7 Coleta dos dados

Os dados foram coletados a partir da leitura e análise dos arquivos pertinentes a cada indivíduo amostral, como o prontuário médico, a avaliação psiquiátrica pericial, o inquérito policial e o processo judicial relativo aos crimes. De posse destas informações foi possível o preenchimento dos formulários constituídos como instrumento de coleta.

3.1.8 Variáveis estudadas

- Idade: em anos completos, de acordo com documento de identidade ou equivalente.
- Situação conjugal: de acordo com registro de entrada no sistema prisional, considerando-se as alternativas – *casado(a)*, *solteiro(a)*, *desquitado/separado(a)*, *viúvo(a)*, *ignorado*, esta última reservada às situações em que a situação conjugal não pode ser determinada.
- Anos de estudo com sucesso: anos completos de atividade discente, desconsiderados as eventuais repetências.

- Cor: avaliada de acordo com os registros criminais, sendo consideradas as alternativas – *branca, negra, parda, indígena e amarela*.
- Religião: foi considerada a prática religiosa mencionada pelo entrevistado, de acordo com as alternativas – *católica, evangélica, umbanda/candomblé, sem religião, ignorado*.
- Situação domiciliar prévia: nesta variável, avaliou-se a situação de convivência familiar do pesquisado, se este morava só, com os pais, com companheiro(a) e/ ou com filhos, previamente à detenção.
- Crime cometido: através dos correspondentes processos criminais, identificou-se qual o crime cometido pelo sujeito, de acordo com o Código Penal Brasileiro.
- Tempo de retenção prisional: variável também colhida no processo admissional do indivíduo ao sistema prisional, contado da data de seu recolhimento até a data da coleta do dado.
- Vítima do crime: por meio desta variável, buscou-se identificar contra quem o crime foi cometido - *parente intradomiciliar, parente extradomiciliar, amigo(a)/conhecido(a), companheiro(a), desconhecido*. Foram considerados *parentes intradomiciliares* aqueles indivíduos com laços sanguíneos e/ou legais de parentesco com o detento e que, na época do crime, moravam no mesmo domicílio que o mesmo. Aqueles indivíduos com laços sanguíneos e/ou legais de parentesco, mas que não moravam com o pesquisado na ocasião do crime foram denominados *parentes extradomiciliares*. Denominou-se *companheiro(a)* a pessoa que vivia em condição marital com o criminoso na ocasião do crime e *conhecido* aqueles indivíduos que pertenciam ao convívio social do pesquisado.
- Instrumento utilizado no cometimento do crime: neste ponto foram levantados os meios físicos utilizados no cometimento dos crimes - arma branca, arma de fogo, instrumento contundente (pedra, bastão, barras de metal e assemelhados),

utensílios domésticos (instrumentos de cozinha, garrafas, etc.) ou os próprios punhos.

- Antecedentes criminais: através dos processos criminais dos indivíduos em estudo, avaliou-se, individualmente, a ocorrência de antecedentes de envolvimento em atividades criminosas e se houve apenamento decorrente dessas práticas.
- Antecedentes psiquiátricos: variável levantada através do laudo do exame pericial forense, no que concerne à pesquisa dos antecedentes pessoais mórbidos.
- Tratamento prévio: no caso de indivíduos com relato positivo de antecedentes psiquiátricos, foi pesquisado de que forma se deu o tratamento psiquiátrico prévio – *através de internações integrais ou parciais, tratamento ambulatorial, uso de serviços substitutivos (NAPS/CAPS) ou se não realizava tratamento específico*. Tais informações foram obtidas no laudo pericial e nos processos criminais.
- Diagnóstico psiquiátrico quando do apenamento: considerou-se os critérios diagnósticos adotados pela Classificação Internacional de Doenças, em sua 10ª edição (CID – 10), utilizados como padrão pelas juntas médico-periciais.
- Uso de álcool e/ou outras drogas: através dessa variável, procurou-se avaliar a ocorrência do uso de álcool e/ou outras drogas como comorbidade associada aos transtornos psiquiátricos.
- Quantidade de álcool ingerido por semana (em média) na época do crime: considerou-se como referência valores múltiplos de uma dose-padrão de álcool etílico (12g de álcool, correspondente a uma dose de 50 ml de destilado, ou um cálice de 200 ml de vinho ou 350 ml de cerveja).
- Uso de álcool e/ou drogas quando do cometimento do crime: dado obtido através da descrição do delito constante no processo criminal, através do qual se tentou avaliar a influência do uso de substâncias na conduta criminal dos indivíduos.

3.1.9 Análise estatística

Os dados obtidos constituíram um banco de dados, após dupla digitação. Os resultados estão apresentados em formas de tabelas, descritos os respectivos achados, através do método da porcentagem. Aplicou-se o teste do qui-quadrado para verificar associação estatística entre algumas variáveis. Adotou-se o nível de 5% para o risco de falsa rejeição da hipótese nula. (SIEGEL, 1996)

3.1.10 Aspectos éticos

A coleta de dados somente se deu após autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo parecer favorável em 13 de março de 2008, sob cadastro CAAE: 0040.0.045.000-08.

Buscou-se respeitar plenamente os preceitos do Código de Ética Médica, em especial no que se refere à confidencialidade, autonomia e anonimato;

Como o universo amostral é constituído por indivíduos legalmente inimputáveis, ou seja, incapazes de se responsabilizar por seus atos, aliado ao fato de que a coleta se deu através da pesquisa de dados contidos em documentos – prontuários, inquéritos policiais, processos criminais e laudos periciais -, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado à responsável legal pela guarda dos sujeitos da amostra e pelos documentos acessados, na pessoa da Secretária de Justiça e Direitos Humanos do Estado do Piauí, obtendo sua aquiescência. (ANEXO A)

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Dados gerais de identificação

Foram selecionados os arquivos correspondentes aos prontuários e documentos processuais de todos os indivíduos em cumprimento legal de medida de segurança no Hospital Prisional Professor Valter Alencar.

Embora constassem no setor de arquivamento do hospital o número de 42 prontuários, sete foram excluídos por pertencerem a indivíduos que não cumpriam os critérios de inclusão, seja por não estarem mais reclusos ao hospital prisional por progressão da condição de apenamento ou por transferência, seja por não terem sido submetidos, ainda, à junta de perícia médica, ou seja, inclusive, por já terem falecido – fato observado com um paciente.

A amostra foi constituída, dessa forma, por 35 indivíduos, cujos processos criminais e administrativos foram analisados, bem como seus prontuários médicos e laudos periciais.

De posse dos dados constantes nesses documentos, foi possível o preenchimento de um formulário construído de acordo com os objetivos da pesquisa.

Convém ressaltar a surpreendente e bem-vinda organização dos documentos, criminais, administrativos e médicos, arquivados no HPVA, fato que facilitou em muito a obtenção de dados, com perdas mínimas.

4.1.1.1 Dados sócio-demográficos

Conforme exposto na Tabela 1, percebeu-se uma variação da idade da população em estudo entre 20 a 52 anos, sendo que a média ficou em torno de 35,3 anos com um desvio-padrão de 8,0.

Em relação aos anos de estudo concluídos com sucesso, obteve-se que a grande maioria dos sujeitos da amostra é composta por pessoas de baixa escolaridade. Doze indivíduos, ou 34,3%, não tiveram sequer um ano de estudo. A maioria - 42,9% da amostra - apresenta de um a quatro anos de estudo. Apenas 20% da amostra tinha mais de quatro e

menos de oito anos de estudo, enquanto apenas um sujeito tinha freqüentado a escola por mais de oito anos.

Entre os 35 sujeitos da amostra, 48,6% era constituída por indivíduos pardos, enquanto 31,4%, são negros, com 20% do total de brancos. Ao analisar-se a condição conjugal dos sujeitos da amostra, obteve-se que a maior parte – 77,1% – é constituída por homens solteiros. Quatro indivíduos – 11,4% – são casados, outros dois indivíduos são viúvos e apenas um teve sua condição conjugal tida como ignorada.

Dados avaliados		
Anos de estudo	N	(%)
Nenhum	12	34,3
1 – 4	15	42,9
5 – 7	07	20,0
≥ 8	01	2,8
Total	35	100,0
Cor	N	%
Branca	07	20,0
Negra	11	31,4
Parda	17	48,6
Total	35	100,0
Situação conjugal	N	%
Casado	04	11,4
Solteiro	27	77,1
União estável	01	2,9
Viúvo	02	5,7
Ignorado	01	2,9
Total	35	100,0

Tabela 1. Dados sócio-demográficos dos indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.2 Tempo de permanência no sistema prisional

Tal variável foi facilmente obtida graças à rotineira atualização feita pela própria gerência penitenciária do Estado, para todos os apenados. O mais curto tempo de permanência encontrado foi de três meses (0,25 anos), entre a entrada no sistema prisional e a coleta dos dados. A mais longa permanência encontrada foi de vinte e dois anos e três meses (22,25 anos). Obteve-se um tempo médio de permanência de 4,7 anos.

Tempo de permanência no sistema prisional (anos)	Mínimo	Máximo	Média
	0,25	22,25	4,7

Tabela 02. Tempo de permanência no sistema prisional cumprido por indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.3 Situação domiciliar prévia

Percebe-se na Tabela 3 que a maior parte dos indivíduos da amostra é constituída por homens que, à época do cometimento do ato criminoso, ainda encontravam-se no mesmo domicílio que seus pais e/ou familiares. Indivíduos que já constituíram suas próprias famílias e com elas residiam, além daqueles que moravam sozinhos corresponderam a parcelas menos expressivas do total amostral.

Situação domiciliar	Nº	%
Morava só	05	14,3
Morava com pais/familiares	23	65,7
Morava com companheiro(a) e/ou filhos	07	20,0
Total	35	100,0

Tabela 03. Situação domiciliar prévia dos indivíduos em medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.4 Crime cometido

A leitura e análise dos processos judiciais permitiram a identificação do tipo de crime cometido pelos sujeitos da amostra. O crime cometido com maior frequência foi o homicídio, efetuado por 25 custodiados, ou 71,3%. O segundo crime mais prevalente foi a lesão corporal

grave, cometida por 20% da amostra. Seguem-se, com uma ocorrência de cada, os crimes de tentativa de homicídio, estupro e crime contra o patrimônio. (Tabela 04)

Crime cometido	Nº	%
Homicídio	25	71,3
Lesão corporal grave	07	20,0
Tentativa de homicídio	01	2,9
Estupro e homicídio	01	2,9
Crime contra o patrimônio	01	2,9
Total	35	100,0

Tabela 04. Tipo de crime cometido por indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.5 Vítima do crime

Procurou-se avaliar contra quem o crime que levou à detenção fora cometido. Obteve-se que um parente intradomiciliar – pais, irmãos, filhos, etc. – foram vítimas em dez dos crimes cometidos, ou 28,6%. Em segundo lugar em ordem de prevalência, amigos ou conhecidos do autor do crime foram vitimados em 22,9% dos casos. A seguir, tem-se que em sete crimes – 20% – não havia qualquer grau de proximidade entre a vítima e o criminoso. Em cinco oportunidades – 14,2% – o crime teve como vítima um parente extradomiciliar, ou seja, indivíduos que, embora mantenham laços familiares com o autor do crime, não convivem com este em seu domicílio. Em três das ocorrências analisadas, a vítima foi a companheira do autor do delito e, em outros dois crimes, o ato infracional foi dirigido ao patrimônio.

Vítima do crime	Nº	%
Parente intradomiciliar	10	28,6
Parente extradomiciliar	05	14,2
Amigo(a) / conhecido(a)	08	22,9
Companheiro(a)	03	8,6
Desconhecido	07	20,0
Patrimônio	02	5,7
Total	35	100,0

Tabela 05. Vítima do crime cometido por indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.6 Instrumento do crime

Ao levantar-se o instrumento utilizado no cometimento do crime, obteve-se que em 14 ocorrências - ou 40% da amostra -, os delitos foram praticados com o uso de arma branca. Outra importante parcela, correspondente a 37,1% dos casos, foi cometida com utilização de instrumento contundente. Os próprios punhos do infrator foram os instrumentos de agressão em 8,6% dos casos, enquanto o uso de substâncias químicas ou de arma de fogo foi relacionado a 5,7% dos crimes, cada. Houve o uso de instrumentos domésticos, não inclusos nos itens anteriores, em apenas um dos casos.

Instrumento do crime	Nº	%
Arma branca	14	40,0
Arma de fogo	02	5,7
Instrumento contundente	13	37,1
Utensílios domésticos	01	2,9
Próprios punhos	03	8,6
Substâncias químicas	02	5,7
Total	35	100,0

Tabela 06. Instrumento utilizado no crime por indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.7 Antecedentes criminais

A maior parte dos indivíduos analisados – 82,9% da amostra – não possuíam quaisquer antecedentes criminais, Apenas seis sujeitos, ou 17,1% dos casos, possuíam antecedentes criminais, dos quais dois terços, a despeito da prática de crime anterior, nunca havia sido submetidos à retenção prisional. (Tabela 07)

Antecedentes criminais	Nº	%
Sim	06	17,1
Não	29	82,9
Total	35	100,0

Tabela 07. Antecedentes criminais de indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.8 Antecedentes psiquiátricos

Os dados relacionados aos antecedentes psiquiátricos dos sujeitos da amostra constavam em seus laudos periciais, de forma que obteve-se que a imensa maioria dos indivíduos – 32 casos ou 91,4% – possuía histórico pessoal de transtorno mental, sendo que em apenas três casos esse antecedente não existia.

Antecedentes	Nº	%
Sim	32	91,4
Não	03	8,6
Total	35	100,0

Tabela 08. Antecedentes psiquiátricos de indivíduos em cumprimento de medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.9 Tratamento prévio realizado

Complementando os dados sobre os antecedentes psiquiátricos, obteve-se que a maioria dos indivíduos da amostra, correspondendo a 62,6% ou 20 casos, realizou algum tipo de tratamento psiquiátrico, metade destes em regime de internação integral e outra igual parcela em acompanhamento ambulatorial. Para 37,4% dos indivíduos não havia histórico de tratamento prévio. (Tabela 09)

Tratamento prévio	Nº	%
Ambulatorial	10	31,3
Internação integral	10	31,3
Não fazia tratamento	12	37,4
Total	32	100,0

Tabela 09. Tratamento prévio realizado por indivíduos em medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.10 Diagnóstico quando do apenamento

Tal dado refere-se ao diagnóstico obtido após análise da junta médico-pericial. Esquizofrenia em suas diversas apresentações e outros transtornos primariamente psicóticos (F.20 – F.29 da CID.10) foi o diagnóstico obtido em 68,5% dos indivíduos analisados, constituindo ampla maioria. Como segundo diagnóstico mais prevalente, 20% dos sujeitos da pesquisa apresentaram critérios de retardo mental. Transtornos psicorgânicos foram identificados como diagnóstico de 8,6% dos pacientes e apenas um teve diagnóstico de transtorno de personalidade

Diagnóstico	Nº	%
Esquizofrenia	24	68,5
Transtornos psicorgânicos	03	8,6
Retardo mental	07	20,0
Transtorno de personalidade	01	2,9
Total	35	100,0

Tabela 10. Diagnóstico quando do apenamento de indivíduos em medida de segurança em Teresina, 2009.

4.1.1.11 Uso de álcool e/ou drogas ilícitas

Dos 35 casos analisados, cerca de 42,9% apresentaram antecedentes do uso de álcool, sendo que destes, apenas dois haviam feito uso de bebidas alcoólicas quando da prática do crime. Em relação ao padrão de consumo de álcool, 46,2% dos que faziam uso de bebidas alcoólicas relataram o consumo de duas a cinco doses-padrão por semana, percentual semelhante ao dos que afirmaram fazer uso de cinco a dez doses-padrão por semana.

Apenas três dos 35 sujeitos da amostra tinham antecedentes de uso de drogas ilícitas, sendo que dois indivíduos faziam uso de maconha e um tinha história de uso de drogas inalantes/voláteis. Não houve nenhum relato de ocorrência do uso de drogas quando do cometimento dos crimes.

4.1.1.12 Crime cometido de acordo com o diagnóstico principal

Ao realizar-se o cruzamento dos achados relativos ao diagnóstico com os achados referentes ao tipo de crime cometido, observou-se uma maior frequência do cometimento de homicídio nos grupos com diagnóstico de transtornos psicóticos e retardo mental; todavia, tal associação não mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,577$). O único paciente com diagnóstico de transtorno de personalidade também cometeu homicídio. Exceção ocorreu entre os pacientes portadores de transtornos psicorgânicos, para os quais foi mais freqüente o crime de lesão corporal grave.

Crime Cometido	Diagnóstico Principal								Total	
	Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos		Transtorno psicorgânico		Retardo mental		Transtorno de personalidade			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Homicídio	19	79,1	01	33,3	04	57,1	1	100,0	25	71,5
Lesão corporal grave	03	12,5	02	66,7	02	28,6	-	-	07	20,1
Tentativa de homicídio	01	4,2	-	-	-	-	-	-	01	2,8
Estupro e homicídio	01	4,2	-	-	-	-	-	-	01	2,8
Furto	-	-	-	-	01	14,3	-	-	01	2,8
Total	24	100,0	03	100,0	07	100,0	01	100,0	35	100,0

$$\chi^2 = 10.4 \quad p = 0,577$$

Tabela 11. Crime cometido segundo o diagnóstico principal. Teresina, 2009.

4.1.1.13 Vítima do crime de acordo com o diagnóstico principal

Ao apurar-se a relação entre o diagnóstico do autor do delito e a caracterização da vítima, obteve-se que em sete ocorrências – 29,2% - envolvendo esquizofrênicos, a vítima foi um parente intradomiciliar, número ainda inferior aos 33,3% de ocorrências envolvendo esse mesmo grupo diagnóstico e que teve como vítima um amigo do apenado. Apenas 16,7% dos crimes cometidos por indivíduos psicóticos foram dirigidos a desconhecidos dos mesmos.

Entre os pacientes portadores de transtornos psicorgânicos, dois terços das vítimas eram parentes extradomiciliares do autor do delito. Dos crimes praticados por pacientes com retardo mental, 43,0% foram cometidos contra parente intradomiciliar, 28,5% contra parente extradomiciliar e igual cifra contra desconhecidos. O único indivíduo com transtorno de personalidade avaliado cometeu crime contra sua companheira.

Obteve-se, dessa forma, uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,034$) entre o diagnóstico psiquiátrico do criminoso e o grau de proximidade deste com sua vítima.

Vítima do crime	Diagnóstico Principal									
	Esquizofrenia ou outros transtornos		Transtornos psicorgânicos		Retardo mental		Transtorno de personalidade		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parente intradomiciliar	07	29,2	-	-	03	43,0	-	-	10	28,6
Parente extradomiciliar	01	4,2	02	66,7	02	28,5	-	-	05	14,3
Amigo	08	33,3	-	-	-	-	-	-	08	22,8
Companheira	02	8,3	-	-	-	-	01	100,0	03	8,6
Desconhecido	04	16,7	01	33,3	02	28,5	-	-	07	20,0
Patrimônio	02	8,3	-	-	-	-	-	-	02	5,7
Total	24	100,0	03	100,0	07	100,0	01	100,0	35	100,0

$$\chi^2 = 26.3 \quad p = 0,034$$

Tabela 12. Vítima do crime segundo o diagnóstico principal de indivíduos sob medida de segurança em Teresina-PI, 2009.

4.1.1.14 Tratamento prévio segundo diagnóstico principal

Buscou-se avaliar a proporção de distribuição das modalidades de tratamento previamente realizados pelos sujeitos da amostra, considerando-se o diagnóstico do transtorno que os acomete.

Dos 32 indivíduos com antecedentes psiquiátricos, 22 são portadores de transtornos psicóticos, dos quais 40,9% tinha histórico de tratamento anterior em nível de internação integral e 36,4% não fazia qualquer tipo de tratamento.

Entre os indivíduos com retardo mental, a maioria – 57,1% - não tem história de tratamento prévio; 28,6% tem antecedentes de internação integral e 28,6% fazia acompanhamento ambulatorial.

Todos os pacientes com transtornos psicorgânicos faziam acompanhamento ambulatorial anteriormente ao crime.

Embora a associação em análise não tenha mostrado diferença estatisticamente significativa, observou-se uma tendência à diferença ($p=0.057$).

Tratamento prévio	Diagnóstico Principal						Total	
	Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos		Transtornos psicorgânicos		Retardo mental		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ambulatorial	05	22,7	03	100,0	02	28,6	10	31,2
Internação integral	09	40,9	-	-	01	14,3	10	31,2
Não fazia tratamento	08	36,4	-	-	04	57,1	12	37,6
Total	22	100,0	03	100,0	07	100,0	32	100,0

$$\chi^2 = 9,16 \text{ p} = 0,057$$

Tabela13. Tratamento prévio segundo o diagnóstico principal. Teresina, 2009.

4.1.1.15 Uso de álcool e o crime cometido

Ao analisar-se o tipo de crime cometido e sua relação com o uso de álcool, encontrou-se que dentre os 15 indivíduos que tinham histórico de uso freqüente de álcool, apenas dois haviam feito uso na substância na ocasião do crime, sendo que em ambos os casos houve homicídio.

4.1.1.16 Tempo no sistema prisional de acordo com o crime

Fazendo-se a análise do tempo de permanência dos indivíduos da amostra em cumprimento de medida de segurança, de acordo com o tipo de crime cometido, tem-se entre aqueles que praticaram homicídio um período médio de permanência de 5,6 anos. Na população que cometeu tentativa de homicídio, a média de tempo de reclusão encontra-se em 3,5 anos, espaço de tempo próximo ao encontrado para o paciente que cometeu furto, de 3,2 anos. Já entre os sujeitos que cometeram lesão corporal grave, o tempo médio em cumprimento de medida de segurança é de 2,6 anos. O único indivíduo em cumprimento de medida de segurança que cometeu crime sexual está retido há um ano.

Não obteve-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos analisados ($p=0,916$).

Crime cometido	Anos no sistema prisional		
	Nº	Média	Dp
Homicídio	25	5,6	0,2
Lesão corporal grave	07	2,6	0,3
Tentativa de homicídio	01	3,5	0,0
Estupro e homicídio	01	1,0	0,0
Furto	01	3,2	0,0
Média Geral	35	4,6	0,5
Estatística	ANOVA = 0,501 p = 0,916		

Tabela 14. Média em anos no sistema prisional segundo o crime cometido. Teresina, 2009.

5.1 DISCUSSÃO

Embora empiricamente se relacione amplamente o transtorno mental ao comportamento violento, alguns estudos têm demonstrado que o risco de cometimento de crimes por portadores de doença mental é comparativamente menor que o risco de um ato criminoso ser executado por indivíduo psicologicamente sã (FAZEL e GRANN, 2006). Porém, a literatura sobre esta temática é relativamente restrita, especialmente se levarmos em consideração os atos violentos tipificados como crimes perante a legislação de diversos países (ARBOLEDA-FLORES, 2006, p.88). Dentre os estudos que tratam de adoecimento mental e criminalidade, grande parte se restringe à questão do homicídio – como expressão maior do comportamento violento – e ao estudo dos chamados psicopatas ou sociopatas (AMORE *et al*, 2008); (ASSADI *et al*, 2006); (GONÇALVES, 1999); (JOSEF, 2000); (SHAW, HUNT E MEEHAN, 2006); (VALENÇA e MORAIS, 2006).

São consenso entre os pesquisadores que tratam da questão da violência e transtornos mentais, os conceitos de crime “normal” e crime “anormal”, qual seja, respectivamente, aqueles cometidos por indivíduos sem evidências de transtorno psiquiátrico e aqueles cometidos por sujeitos mentalmente perturbados, caracterizados por sua incompreensibilidade e bizarria (HARE, 1991). Parece haver, em diferentes países e culturas, uma variação da proporção entre crimes ditos “anormais” em relação aos crimes “normais” (SILVA, 1981).

Países com baixos índices de violência têm, proporcionalmente, maiores índices de crimes “anormais”; enquanto em países com taxas de criminalidade elevadas esta proporção é menor. A grande maioria dos estudos que relaciona transtornos mentais e violência refere-se à realidade europeia e americana, havendo uma grande lacuna em relação a esta temática nos países em desenvolvimento, onde, em geral, os índices de criminalidade decorrentes de delitos “normais” são bastante elevados. (HARE, 2006)

Entre os escassos estudos que tratam da interface entre a doença mental e o crime, alguns restringem-se a analisar a questão sócio-demográfica, negligenciando o diagnóstico psiquiátrico (WOLFGANG e FERRACUTI, 1967), enquanto outros avaliam os aspectos clínicos envolvidos, mas não enveredam no conhecimento do crime praticado (TARDIFF, 1992).

A presente pesquisa procurou, além de realizar o levantamento sócio-demográfico da população em cumprimento de medida de segurança em hospital prisional do Piauí, avaliar variáveis relacionadas ao indivíduo, ao crime e à vítima.

O motivo de apenas indivíduos do gênero masculino terem sido incluídos na pesquisa deriva do fato de ser pequeno o número de mulheres em cumprimento da mesma sanção penal no Estado. De acordo com dados oriundos da Secretaria de Justiça do Estado (FEITOSA, 2007), o número de mulheres sob medida de segurança no Piauí não chega a uma dezena, sendo que as mesmas encontram-se em diversas unidades prisionais e delegacias do Estado.

De acordo com Volavka, Martell e Convit (1992), a diferença na incidência de comportamento violento entre os sexos está relacionada a fatores biológicos, visto que tal padrão de comportamento também é observado em diversas espécies de mamíferos inferiores, encontrando uma proporção homem:mulher na detenção por crimes violentos da ordem de 9:1, o que corrobora com o baixo número de mulheres em cumprimento de medida de segurança no Piauí. Há de se considerar, ainda, o componente sócio-cultural na expressão do comportamento. Indivíduos do sexo masculino são incentivados, desde a infância, a agir e reagir prontamente às situações que se-lhes colocam, não sendo-lhes permitido responder “sentimentalmente” às agressões externas. O menino aprende que é inadequado chorar ou portar-se “como menina”. Em países latinos, principalmente entre as classes sociais menos favorecidas, tal padrão de comportamento endurecido e rústico é ainda mais prevalente, com uma forma de preparação do indivíduo para as asperezas do porvir.

Houve oportunidade casual, em virtude do trabalho assistencial realizado no Hospital Areolino de Abreu, de contato com três dessas mulheres em cumprimento de medida de segurança, posto que estiveram transitoriamente internadas naquele serviço.

A primeira paciente, procedente de uma pequena cidade ao norte do Estado, havia cometido infanticídio, matando a golpes de machado seu filho de cinco anos de idade. Após avaliação por junta médica do HAA, motivo pelo qual havia sido internada, foi diagnosticada como portadora de esquizofrenia hebefrênica. A paciente nunca havia consultado um psiquiatra.

Já a segunda paciente, procedente do litoral do Piauí, havia assassinado com perfuração por arma branca um tio que há muito não via. Este caso chamou atenção dos médicos assistentes e dos peritos que a avaliaram, por possuir critérios diagnósticos compatíveis com transtorno de personalidade anti-social, cuja ocorrência em mulheres é relativamente rara. Muito embora o comportamento desadaptado do sociopata exista em toda sua vida, a paciente também não fazia qualquer tipo de acompanhamento prévio.

Por fim, uma terceira paciente em cumprimento de medida de segurança, procedente de uma cidade vizinha à capital, cometera homicídio com uso de arma branca contra uma

irmã. Após avaliação pericial, foi lavrado o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. Ao contrário das pacientes anteriores, esta tinha relato de tratamento especializado prévio, embora tenha afastado-se do uso de medicamentos à época do crime. Ressalte-se que a paciente permanece em internação compulsória no HAA há mais de três anos.

Um quarto caso de crime cometido por mulher com transtorno mental, com ampla repercussão na imprensa local, foi um triplo homicídio cometido por uma adolescente com diagnóstico de retardo mental. Todavia, pela peculiaridade do caso, sendo a acusada menor de dezoito anos, esta não pôde ser enquadrada na medida de segurança, encontrando-se, hoje, albergada em instituição destinada a menores infratores.

Na análise da população amostral deste estudo, em relação à idade, a média encontrada foi de 35,3 anos de vida, com o indivíduo mais jovem tendo vinte anos e o mais velho, cinquenta e dois. No estudo de Gillies (1976), 65% dos crimes analisados foram cometidos por pessoas entre 15 e 24 anos de idade. Já de acordo com Volavka, Martell e Convit (1992), pacientes esquizofrênicos com histórico de violência criminal possuem entre 30 e 35 anos. Já Teixeira e Delgalarrondo (2006) encontraram, ao avaliar a população de uma Casa de Custódia em São Paulo, que entre os indivíduos submetidos à perícia, 60,1% tinha entre 18 e 24 anos. Na amostra analisada já esperava-se, necessariamente, que todos os indivíduos tivessem mais de dezoito anos, condição *sine qua nom* para a adoção de qualquer sanção penal.

Para Assis (1999: 201), em levantamento realizado entre jovens delinquentes do Recife e Rio de Janeiro, os principais fatores de risco associados à situação de infrator são: consumo de drogas, círculo de amigos, tipos de lazer violento, baixa auto-estima, falta de reconhecimento de limites entre certo e errado, fraco vínculo afetivo com a família e com a escola, e sofrer ou ter sofrido violência por parte dos pais

Nota-se, tanto na literatura levantada como na amostra estudada, que trata-se de uma população jovem. Tal fato pode ser relacionado à idade de início dos sintomas da maioria dos transtornos que cursam com agressividade, mais marcadamente a esquizofrenia (HALES, 2006:504), além de ser essa faixa etária que possui maior vigor físico, ocasionando maior violência em seus atos infracionais. Também por se tratar de uma parcela jovem da população, há importante custo social residente no comprometimento da capacidade de trabalho e da manutenção de certo grau de dependência ao longo de suas vidas.

Os dados relacionados aos anos de estudo da amostra mostraram que 34,3% não são alfabetizados e que 42,9% tiveram menos de cinco anos de estudo concluídos com sucesso. No estudo de Kolker e Delgado (2003), realizado em um hospital de custódia e tratamento, a

taxa de analfabetos foi de 37,72%, sendo que 44,15% dos indivíduos analisados tinham o primeiro grau incompleto. Gauer *et al* (2007), porém, ao proceder estudo com uma população em hospital prisional no Rio Grande do Sul, encontrou números mais favoráveis, com 74,6% dos sujeitos amostrais com primeiro grau completo e apenas 16,4% de analfabetos. Tal diferença faz supor que o tempo de frequência à escola da população em cumprimento de medida de segurança esteja mais relacionado com a realidade educacional e nível sócio-econômico em que essas pessoas cresceram do que com a doença mental em si. Tal conclusão é reforçada ao lembrar-se que a grande maioria dos transtornos que atingem essa população em análise só se instala a partir dos últimos anos da segunda década de vida, quando, supõe-se, o ensino médio já deveria estar sendo concluído.

No tocante à cor, encontrou-se uma maior proporção de pardos (48,6%) e negros (31,4%), com 20% da amostra constituída por brancos. Tais achados não reproduzem a composição da população brasileira em geral, formada por 49,39% de brancos, 42,30% de pardos e 7,45% de negros (BRASIL, 2008) Nota-se, portanto, uma maior proporção de indivíduos negros na amostra do que a esperada. Em análise semelhante, Silva (1981) encontrou uma relação entre negros e brancos da ordem de 4:1. Vários estudos em todo o mundo, especialmente nos Estados Unidos, têm relacionado uma maior incidência de relação com o crime – tanto agressores, como vítimas – entre a população negra (GILLIES, 1976). Todavia, tais constatações não permitem afirmar-se que há correlação direta entre a cor do indivíduo e violência, já que historicamente a população negra e não-branca (índios, mestiços) é formada por sujeitos à margem das estruturas mínimas de saúde, emprego, educação e moradia. Como assinalou Lopes Rey (1972), estudos sobre o comportamento violento em sociedades tribais africanas mostraram baixas taxas de homicídio. Tende-se, então, a observar maior relevância da condição sócio-econômica da população violenta do que em sua cor. Dados mais condizentes com a composição geral da população brasileira foram achados por Josef (2000), que em sua pesquisa com homicidas portadores de transtorno mental, encontrou 62% de brancos e apenas 13,8% de negros.

A ampla maioria dos sujeitos da amostra – 77,1% - é constituída por homens solteiros, com uma proporção de apenas 11,4% de casados. Matejkowski, Cullen e Salomon (2008), ao analisar indivíduos com transtorno mental severo presos por homicídio no estado de Indiana (EUA), obtiveram resultados condizentes, com 52% de solteiros, 25% de divorciados e apenas 17% de casados. Por outro lado, Kugu, Akyuz e Doganet (2007), após amplo levantamento de pacientes que cometeram, ou tentaram cometer, homicídio na Turquia, encontraram que 54,3% da amostra era composta por homens casados, com 28,5%

de solteiros e 17,2% de divorciados; achado que é justificado pelos hábitos culturais locais, em que o casamento se dá precocemente na vida das pessoas. O fato de a maioria dos estudos mostrarem uma maior proporção de solteiros entre os indivíduos com transtorno mental, supõe-se, decorra do fato das doenças mais relacionadas ao comportamento violento manifestarem-se justamente entre adultos jovens, período em que os relacionamentos conjugais duradouros se estabeleceriam. Ressalte-se que os dois casos de viuvez encontrados na amostra decorreram de ação direta dos sujeitos contra suas companheiras.

Na literatura levantada, não encontrou-se referência à condição domiciliar dos pacientes antes do cometimento do crime. Alguns estudos ocuparam-se da análise da história prévia de abuso ou negligência familiar (MATEJKOWSKI, CULLEN E SALOMON, 2008) e outros se direcionaram à participação de um ou ambos os pais na educação dos pacientes (BUSCH, 2000). Ao concluir-se na presente pesquisa que 65,7% dos sujeitos investigados morava com os pais e que apenas 20% morava com companheira ou filhos antes do cometimento do crime, deduz-se que tais números são compatíveis com o percentual de homens solteiros da amostra. Por outro lado, tal ocorrência chama atenção para um elevado grau de dependência que essa população parece manter em relação aos seus genitores.

Em relação ao crime cometido, a grande maioria dos achados foi relativo a homicídio – 71,3% -, seguido de lesão corporal grave, com 20% das ocorrências. No trabalho de Teixeira e Dalgalarrodo (2006) foi encontrada uma correlação entre o diagnóstico de retardo mental e a prática de crimes de ordem sexual, como estupro, fato não reproduzido na presente análise, visto que houve apenas uma ocorrência de estupro praticado por sujeito amostral, cujo diagnóstico pericial foi de esquizofrenia. Gauer et al. (2007) encontraram uma prevalência de transtornos psicóticos em 61,4% dos pacientes internos no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, no Rio Grande do Sul, com 20,5% de diagnósticos de retardo mental. Tais números parecem semelhantes aos achados da escassa literatura, dado que a maioria dos estudos se ocupam de amostras de indivíduos que cometeram apenas um tipo criminal, mormente o homicídio, desconsiderando outros crimes. Não se pode concluir se a grande ocorrência de crimes contra a vida decorra de maior letalidade dos atos praticados pelos indivíduos da amostra, em decorrência de seus adoecimentos psíquicos, ou do fato de que apenas crimes mais graves provoquem a determinação da medida de segurança. Como a maioria dos estudos aponta que pacientes com transtorno mental são mais passíveis de sofrer abuso e violência do que praticá-los, a segunda hipótese mostra-se mais plausível.

Encontrou-se apenas uma referência, na literatura, ao tempo de permanência em detenção dos indivíduos com transtorno mental que haviam cometido crimes. Rigonatti et al.

(2006), ao buscarem avaliar a presença de transtorno de personalidade entre homicidas e estupradores recolhidos numa penitenciária de segurança máxima em São Paulo, acharam uma prevalência de transtorno de personalidade de até 86% na população estudada. Também encontraram uma sentença média de 33,8 anos para os casos de homicídio e de 36 anos para estupradores. O tempo de pena cumprido no momento do estudo foi de 12,2 anos para o grupo homicida e de 10,5 anos para o grupo de estupradores. Ressalte-se que tal estudo foi procedido com uma população de detentos em penitenciária comum, que estavam em cumprimento de pena convencional e não de medida de segurança.

De acordo com o Código Penal Brasileiro, a medida de segurança deve ter duração máxima de três anos, prorrogáveis indefinidamente até constatada a cessação de periculosidade. Como foi revelado um tempo médio de permanência no sistema prisional de 4,7 anos, com um máximo de mais de 22 anos, fato que pode ser justificado pelo fato de que os sujeitos da amostra, pela intensidade de seus transtornos, mantêm-se com potencial agressivo que justifique sua permanência além dos três anos ou; o sistema prisional seja incapaz de oferecer acompanhamento terapêutico adequado, perpetuando a periculosidade ou; pela condição de doentes mentais aprisionados, com perda dos vínculos familiares, não há quem interceda visando sua reavaliação, já que a maioria das pessoas vitimizadas, como se verá a seguir, pelas pessoas com transtornos mentais são pessoas da própria família, é esperado que estas não se sintam motivadas a lutar pela desinstitucionalização das pessoas em apreço ou 4) a permanência prolongada em medida de segurança decorra da sobrecarga e conseqüente lentidão da Justiça brasileira.

Segundo Teixeira e Dalgarrondo(2006), 35% dos pacientes analisados cometeram crime contra um parente próximo, dado semelhante ao achado na presente pesquisa, na qual 37,2% dos crimes foram cometidos contra parente intra-domiciliar ou companheira. Se adicionarmos a estes números as ocorrências que vitimaram outros parentes ou conhecidos dos autores dos crimes, temos que em 74,6% dos casos a vítima e seu algoz tinham algum vínculo. Dados da literatura mostram que há grandes semelhanças no referente aos aspectos sócio-demográficos de perpetrador e vítima, além de que em 59% dos casos o agressor pertence ao círculo de convivência íntima da vítima (SHAW, HUNT E MEEHAN, 2006, p.145). Estudos têm demonstrado maior incidência de homicídios de familiares ou cuidadores de indivíduos psicóticos: no estudo de Teplin (1985) foi encontrada uma taxa de 74% de incidência de homicídios cometidos por pacientes psicóticos dirigidos a familiares, contra 9% da população geral.

Ao analisarmos os resultados referentes ao instrumento utilizado no cometimento do crime, observa-se que o uso de arma branca - 40% dos crimes – e de instrumentos contundentes – 37,1% das ocorrências – apontam para um uso incidental destas armas. De acordo com os depoimentos contidos nos processos criminais correspondentes, estes instrumentos foram usados por encontrarem-se mais acessíveis no momento dos crimes. Em geral, não há evidência de premeditação do crime.

Considerando-se a recorrência criminal, ou seja, a reincidência na prática delituosa, encontrou-se que apenas 17,1% dos pacientes tinham antecedentes criminais, resultado que se aproxima do relatado por Kugu *et al.* (2008), que encontrou uma taxa de reincidência de 24,3% numa população de homicidas. Índices de reincidência tão baixos depõem contra a hipótese de periculosidade presumida, empiricamente percebida e reforçada pela manutenção desses indivíduos por longos períodos afastados do convívio social. Por outro lado, Moscatello (2001) obteve uma reincidência criminal da ordem de 59% entre os internos do Manicômio Judiciário Franco da Rocha, fato que pode ser atribuído à maior prevalência de pacientes com transtorno de personalidade naquela instituição.

Dado importante refere-se aos antecedentes psiquiátricos e ao tratamento prévio dos pacientes analisados. Percebe-se que a maioria – 91,4% - detinha história de transtorno mental prévio, mas apenas um terço realizava acompanhamento ambulatorial regular. Outra terça parte fazia acompanhamento apenas quando internada integralmente, sem o adequado seguimento, enquanto 37,4% não fazia qualquer tipo de tratamento. Diante de tais achados, pode-se supor que, como o transtorno mental é anterior ao crime, um acompanhamento especializado adequado – ambulatórios especializados, serviços de internação e semi-internação, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), redes de apoio ao Programa Saúde da Família, entre outros - seria crucial para a prevenção de tais atos delituosos, além de comprovar a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde existentes.

Na população amostral levantada, 68,5% era formada por pacientes portadores de transtornos psicóticos e 20% por indivíduos com retardo mental. Foram encontrados três casos de transtorno psicorgânico e apenas um caso de transtorno de personalidade - este último fora submetido a uma escala padronizada de diagnóstico (PCL-R) no seu exame pericial. Tal achado pode estar associado ao fato de que o entendimento jurídico, em geral, considera que pessoas com transtorno de personalidade isolado, ao cometerem crimes, devam ser consideradas imputáveis, já que o transtorno não compromete o entendimento do caráter ilícito do crime por parte de seu autor. Para Valença e Moraes (2006), em revisão de literatura

associando homicídio e transtornos mentais, a esquizofrenia é o transtorno mental mais frequentemente associado ao comportamento violento. Teixeira e Delgalarrondo (2006) obtiveram em sua amostra um percentual de 58% de indivíduos com transtornos psicóticos, 20% com retardo mental, 4% com transtorno psicorgânico e 3% de sujeitos com transtorno de personalidade. Moscatello (2001) encontrou, em seu levantamento, números próximos, com uma prevalência de 55% de pacientes com transtornos psicóticos, 16% com retardo mental e, diferentemente da presente amostra, 38% de indivíduos com transtorno de personalidade. Além do achado inesperado da pequena ocorrência de transtorno de personalidade na amostra estudada, também não foi encontrada a ocorrência de nenhum portador de transtorno afetivo que tenha cometido ato criminoso em função deste. Talvez obtivesse-se uma maior frequência destes transtornos se houvesse uma amostra de gênero feminino, visto que os transtornos afetivos são mais prevalentes entre as mulheres.

Em recente revisão da literatura, Chalub e Teles (2006) ressaltam que o uso de substâncias psicoativas tem sido amplamente associado à criminalidade, constatando que é alta a proporção de atos violentos quando o uso de álcool ou drogas está presente entre os agressores e/ou suas vítimas. Além do uso de substâncias ilícitas por si só contribuir para um acréscimo dos atos violentos, o uso nocivo dessas substâncias também pode atuar como comorbidade em indivíduos portadores de outros transtornos mentais, funcionando como um catalisador de uma conduta mal adaptada e potencialmente violenta. Em um dos poucos estudos comunitários realizados abordando a relação entre transtorno mental e violência, concluiu-se que o risco de envolver-se em atos violentos e criminalidade é maior entre usuários de drogas que entre indivíduos esquizofrênicos.

Porém, a maioria dos sujeitos da amostra deste estudo não tinha antecedentes do uso nocivo de álcool, sendo que em apenas três casos houve registro do uso de drogas ilícitas e em nenhum caso o inquérito apurou o efeito de qualquer substância no momento do crime. Tais achados devem ser avaliados com restrições, já que baseiam-se nas declarações prestadas pelos pacientes em sua perícia médica ou durante o depoimento à justiça, sendo, portanto, passíveis de falseamento, omissões ou simulações.

Dados adicionais foram obtidos pelo cruzamento de variáveis. Ao analisar-se os crimes cometidos de acordo com o diagnóstico do paciente, encontrou-se que a maioria dos pacientes psicóticos – 79,1% - cometeu homicídio, número de cai para 33% entre os portadores de transtorno orgânico. Em análise semelhante, Teixeira e Delgalarrondo (2006) encontraram que 62,2% dos pacientes psicóticos cometeram homicídio. No mesmo estudo, os autores encontraram uma frequência consideravelmente elevada – 25,5% - de crimes de

ordem sexual praticados por pacientes com retardo mental, achado que não foi reproduzido na presente pesquisa, visto que o único crime sexual avaliado foi praticado por um paciente esquizofrênico.

Ao relacionar o diagnóstico e a vítima do crime, avaliação não encontrada no levantamento bibliográfico feito, percebe-se que há uma maior frequência de crimes praticados por pacientes psicóticos direcionados a parentes intradomiciliares e amigos. Tal ocorrência parece estar relacionada ao fato de que como os parentes ou pessoas próximas exercem a função de cuidadores, impondo limites ou, até mesmo, não tendo o preparo para o melhor manejo das pessoas com transtornos mentais, estão mais propensas a serem vitimizadas pelos mesmos, que tendem a descarregar suas tensões em quem está mais próximo, acessível na convivência diária. Os pacientes com transtorno psicorgânico atentaram mais frequentemente contra parentes extradomiciliares. Proporcionalmente há um risco maior de um desconhecido ser vitimado por um portador de retardo mental (28,57%) que por um paciente com transtorno psicótico (16,67%).

Relacionando o diagnóstico com o tratamento realizado, tem-se que a maior parte dos pacientes psicóticos são tratados com internação integral, enquanto 57,1% dos pacientes com retardo mental nunca tiveram acesso a qualquer tipo de tratamento. Tal ocorrência pode ser explicada pelo fato de que pacientes com transtornos psicóticos podem apresentar-se agudamente agitados, agressivos, provocando, assim, sua internação; ao passo que pacientes com retardo mental são mais frequentemente procedentes das camadas menos favorecidas economicamente – dado que a pobreza, a falta de cuidados médicos pré e pós-natais, e a carência nutricional são importantes e freqüentes fatores etiológicos do retardo mental -, e que, por isso, encontram-se à margem do acesso aos sistemas de saúde.

Embora a pesquisa ora relatada aponte dados descritivos da população em estudo, caracterizando-a do ponto de vista sócio-demográfico, clínico-psiquiátrico e criminológico, cabe a ressalva de que, devido ao restrito número de sujeitos da amostra, há restrições estatísticas decorrentes do reduzido universo avaliado.

Também constituiu dificuldade na construção do trabalho a pouca literatura destinada ao tema de forma ampla, principalmente levando em conta as particularidades da realidade brasileira.

Dados complementares e de grande valor comparativo poderiam ser obtidos com o levantamento das mesmas variáveis avaliadas aplicadas a uma população de criminosos “normais”, procedimento não adotado por dificuldades logísticas, administrativas, de segurança e temporais.

Ao encaminhar os sujeitos da amostra para um serviço hospitalar anexo a uma instituição prisional, o sistema judiciário assume que, mais do que a função punitiva, a detenção decorre do caráter orgânico subjacente ao comportamento delituoso. Desconsidera-se, assim, as percepções mística e psicológica da loucura. Todavia, muito embora assumase que o criminoso é, em suma, um doente que deve ser tratado, o Estado garante que este mantenha-se afastado do convívio social, mas não promove acompanhamento adequado às suas necessidades, assim entendidas pela própria determinação da Medida de Segurança.

Apesar de diversas pesquisas demonstrarem uma relação positiva entre a presença de transtorno mental e comportamento violento, ainda não há consenso sobre em que medida a doença mental pode ser responsabilizada por uma conduta criminosa. Estudos procedidos nas últimas duas décadas não têm comprovado que a desinstitucionalização tenha provocado um aumento no número de delitos praticados por pacientes com transtorno mental. Um padrão de comportamento violento prévio parece ser o melhor preditor de conduta delituosa posterior.

Uma integração entre diversas abordagens terapêuticas, o manejo adequado dos transtornos mentais e suas comorbidades, o envolvimento da família e da comunidade e o suporte necessário pelos serviços de saúde na prevenção da resistência ou abandono do tratamento parecem contribuir efetivamente na redução da ocorrência de atos violentos por sujeitos com doença mental (SWANSON *et al*, 1990). Há de se perceber, ainda, que o ato criminoso é um processo que envolve complexas interações – educacionais, econômicas, sociais, culturais – que prescindem de um transtorno mental subjacente para sua existência.

6.1 CONCLUSÃO

O histórico de comportamento violento entre seres humanos parece tão remoto quanto o próprio surgimento da humanidade. Desde o período pré-histórico a violência dirigida ao outro tem mostrado sua relevância, seja na luta pela sobrevivência, seja como demonstração de poder.

Do mesmo modo, os transtornos mentais, enquanto alterações de base orgânico-funcional com expressões comportamentais, afetivas e, em grande parte, subjetivas, também são inerentes à própria existência humana.

Todavia, a vivência do transtorno mental não é um fenômeno individual, na medida em que acomete indivíduos inseridos numa realidade social e cultural que, ao longo dos tempos, tem encarado o insano como um flagelado pelos deuses, possuído por demônios, um fardo econômico ou como uma fonte potencial de agressividade e comportamentos bizarros. Como seres humanos que são, os portadores de transtorno mental podem envolver-se em atos tipificados pela instrução legal vigente como crimes. Porém, devido à peculiaridade de sua condição restrita de entendimento do ato cometido ou por comprometimento volitivo, a maioria das legislações em todo o mundo considera esses pacientes inimputáveis, não possuindo capacidade legal de responsabilizarem-se por seus atos.

Neste contexto, aliado à demanda social por uma resposta aos atos infracionais praticados por insanos, surge a chamada medida de segurança, que demonstra a dupla função de oferecer oportunidade de tratamento ao paciente, ao tempo que o afasta do convívio social, antecipando uma periculosidade presumida.

No presente estudo, elaborado no intuito de produzir informação inédita a respeito da população em medida de segurança no Estado do Piauí, procurou-se promover, além da caracterização sócio-demográfica desta população, o levantamento dos aspectos criminais e das condições psicopatológicas que a levou à detenção. Embora a linha de pesquisa trilhada tenha sido a de análise de situações de saúde, as recorrentes intercessões com as imprescindíveis – e muitas vezes insuficientes – políticas públicas e programas de saúde direcionados à população pesquisada, mostram que uma análise tendo como foco a questão da estruturação e construção de programas de assistência aos indivíduos em medida de segurança pode ser necessária.

Ao abordarem-se os aspectos relativos ao crime e às vítimas destes crimes, intencionou-se identificar possíveis padrões de comportamento criminal por parte de

pacientes com doença mental, bem como identificar elementos situacionais, comportamentais ou sociais que pudessem influir em maior risco de envolvimento em atitudes criminosas.

Após coleta de dados, obteve-se uma amostra de 35 indivíduos do sexo masculino, sendo a maioria solteira, sem instrução ou com menos de quatro anos de estudo e morava, anteriormente ao crime, com os pais. O crime cometido com mais frequência foi o de homicídio, com instrumentos contundentes ou armas brancas, tendo como vítimas mais frequentes parentes intradomiciliares e amigos de convivência próxima do autor do crime.

O diagnóstico mais prevalente foi de esquizofrenia e transtornos psicóticos. Embora a quase totalidade dos indivíduos da amostra tivessem antecedentes psiquiátricos, apenas um terço fazia tratamento adequado antes da retenção prisional. Não encontrou-se correlação entre o cometimento de crime e o uso de álcool ou drogas.

Deve-se ressaltar que o universo amostral constituído para a análise mostrou-se pouco numeroso, o que comprometeu em demasia a análise estatística e a obtenção de valores com relevância suficiente para que os achados possam ser extrapolados para um universo maior.

O número pouco expressivo de indivíduos da amostra impõe restrições à análise estatística dos achados; porém, preservou-se a capacidade descritiva e de caracterização da situação de saúde em apreço. A escassa literatura acerca do tema demonstra quanto o assunto é negligenciado, com poucas pesquisas dedicadas à realidade nacional ou à diagnósticos diversos dos transtornos de personalidade.

A despeito das limitações mencionadas, a presente pesquisa leva a implicações relativas às perspectivas assistenciais – no momento em que se percebe a relação direta entre a prevalência de comportamento violento e o baixo acesso aos serviços de saúde, mesmo entre aqueles pacientes com antecedentes de transtorno mental, e no momento em que revela uma tendência de vitimização de cuidadores e pessoas de convívio próximo dos criminosos. Tais achados fornecem justificativas para o desenvolvimento ações preventivas e de identificação precoce de situações de risco e para o treinamento adequado dos responsáveis por estes pacientes.

Assim, conclui-se que novos e mais amplos estudos devem ser procedidos, visando à construção de conhecimento que promova o preenchimento desta grande lacuna relativa a uma população historicamente negligenciada.

ALVIM, R.C.M. **Uma pequena história das medidas de segurança**. São Paulo, IBCCRIM, 1997.

AMORE, M et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**. v.62, p.247-55, 2008.

ANTUNES, M. J. O passado, o presente e o futuro do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica. **Revista Portuguesa de Ciência Criminal**, Coimbra. v.03, p.03-05, jul-set, 2003.

ARBOLEDA-FLORES, J. Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. **World Psychiatry**, v. 5(2), p.87-91, 2006.

ASSADI, S.M.; NOROOZIAN, M.; PAKRAVANNEJAD, M.; YAHYAZADEH, O.; AGHAYAN, S.; HARIAT, S.V. Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran, **British Journal of Psychiatry**. v.18(8), p.159-64, 2006.

ASSIS, S.G. **Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e de seus irmãos não infratores**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

BÍBLIA Sagrada. Traduzidos em português por João Ferreira de Almeida. Edição revista e corrigida. 6ªEd. Santo André: Geográfica editora, 2005.

BRASIL. **Código penal**. Juarez de Oliveira (org.). São Paulo: Saraiva, 1997.

_____. **Legislação em saúde mental – 1990-2004**. 5ª Ed. Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Manicômios Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008 (PNAD)**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em 24 de maio de 2009.

BUSCH, R.; ROBERTSON, N. Innovates approaches to child custody and domestic violence in New Zealand: the effects of law reform on discourses of battering. **The Haworth maltreatment e trauma press**. New York: Binghampton, 2000. p. 269-99.

CALHAU, L.B. **Resumo de criminologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Impetus, 2009.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro, EdUERJ/São Paulo, Edusp, 1998.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

CHALUB, M.; TELLES, L.E.B. Álcool, drogas e crime. **Rev Bras Psiquiatr**. v.28, p. S68-73, 2006. Suplemento II.

COHEN, C. Medida de segurança. IN: COHEN, C.; FERRAZ, F. C.; SEGRE, M. (Org.) **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996. p. 77-83

_____. A periculosidade social e a saúde mental. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.21(4), p.197-98, 1999.

CONDE, F.M.; ARÁN, M.G. **Derecho Penal – Parte General**, 3ªEd. Valencia: Tirant, 1998, p.636.

DA MATTA, R. **A violência brasileira**. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1982.

DELGADO, P.G.G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Revista Saúde em Debate**, n. 35, p.80-4, jun 1992.

DUARTE Jr., J.F. **A Política da Loucura: a antipsiquiatria**. Campinas, Papirus, 1986.

ENGEL, M.G. As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social. **Hist. ciênc. Saúde-Manguinhos**. v.5(3), p.547-63, fev. 1999.

EVERINGTON, C., FULERO, S.M. Competence to confess: measuring understanding and suggestibility of defendants with mental retardation. **Mental Retardation**, v.37(3), p.212–220, 1999.

FAZEL, M.B.S.; GRANN, M. The population impact of severe mental illness on violent crime. **Am J Psychiatry**. v.163, p.1397–1403, 2006.

FEITOSA, M.S. Comunicação verbal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 4ª. ed. São Paulo, Perspectiva, 1995

_____. **Vigiar e punir**. 13ª. ed. Petrópolis, Vozes, 1996, p. 225-30

FORTES FILHO, J. **Justiça amplia oportunidade na ressocialização dos detentos**. Disponível em <www.pi.gov.br/materia.php?id=2960&pes-mental>. Acesso em 24 de maio de 2009.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 10ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

FREUD, S. **O ego o Id e outros trabalhos (1923 – 1925)**; traduzido do alemão e do inglês sob a direção geral de Jayme Salomão, Rio de Janeiro: Imago, 2006, p 41-56

GATTAZ, W.F. Violência e doença mental: fato ou ficção? **Rev. Psiquiatr. Clin.** São Paulo, v.25(4), p.145-7, 1998.

GAUER, G.J.C.; OSÓRIO, F.C.; CATALDO NETO, A.; TEIXEIRA, L.; CAUM, M.; SOUZA, T.A.C.; VALLE, V. Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.29 n.3 Porto Alegre sep./dic. 2007

GERALDES, P.C.: Ministério implanta política perversa em saúde mental. **Jornal do Cremerj**, Rio de Janeiro, n.189, p.8, jun.2006.

GILLIES, H. Homicide in the West of Scotland. **Br J Psychiatry**. v. 128, p.105-127, 1976.

GONÇALVES, R.A. Psychopathy and offender types: results from a portuguese prison sample. **International Journal of Law and Psychiatry**. v.22, p.337-46, 1999.

GUIMARÃES, H. **Para uma psiquiatria piauiense – pesquisa histórica**. Comepi: Teresina, 1994.

HALES, R E. **Tratado de psiquiatria clínica**. Tradução de Cláudia Dorneles, Cristina Monteiro, Ronaldo Cataldo Costa. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p.493-544.

HARE, R.D. **The revised psychopathy checklist**. Multi-Health Systems. Toronto, 1991.

_____. Psychopathy: A clinical and forensic overview. **Psychiatr Clin N Am**. v.29, p.709-24, 2006.

HARSCH, S.; BERGK, J.E.; STEINERT, T.; KELLER, F.; JOCKUSCHET, U. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. **International Journal of Law and Psychiatry**. v.29, p.443-49, 2006

HOMERO. **Ilíada**. Trad. Frederico Loureço. Lisboa: Livros Cotovia, 2005

_____. **Odisséia**. Trad. Carlos Alberto Nunes; rev. Marcus Rei Pinheiro. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

JOSEF, F. **Homicídio e doença mental**: estudo clínico-psiquiátrico de um grupo de homicidas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

_____. Doença mental e comportamento violento: novas evidências da pesquisa. **J. Brás. Psiquiatr**. V. 52 (2): 127-135, 2003.

KARAM, M. L. **De crimes, penas e fantasias**. 2.ed. Rio de Janeiro: Luam, 1993. p. 158.

KOH, K.G.W.W.; GWEE, K.P.; CHAN, Y.H. Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997 - 2001). **Singapore Med J**. v.47(4), p.297-99, 2006.

KOLKER, T., DELGADO, P.G. Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator no cenário da reforma psiquiátrica. **Psicol. Clin**. v.15(1), p.167-181, 2003.

KUGU, N.; AKYUZ, G.; DOGANET, O. Psychiatric morbidity in murder and attempted murder crime convicts: a Turkey study. **Forensic Science International**. v.175, p.107-12, 2008.

LESCHER, A.D. Saúde mental e direitos humanos. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.24(1) São Paulo Mar.2002 Editorial

LESTER, D. Suicide, homicide and the quality of life in various countries. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v.81, p.332-34, 1990.

LYRA, R. **Como julgar, como defender, como acusar**. Belo Horizonte, Ed. Líder, 2003.

LOPES-REY, M. **Crime**: um estudo analítico. Rio de Janeiro, Ed. Artenova, 1973.

MATEJKOWSKI, J.C.; CULLEN, S.W.; SOLOMON, P.L. Characteristics of persons with severe mental illness who have been incarcerated for murder. **J Am Acad Psychiatry Law**. v.36, p.74–86, 2008.

MORAES, T. **Início psicopático das esquizofrenias**. [Tese de Livre Docência]. Rio de Janeiro: Escola de Medicina e Cirurgia. Universidade do Rio de Janeiro; 1970.

MORANA, H. **Escala Hare PCL-R**: critérios para pontuação de psicopatia revisados. Versão brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MORANA, H.; CÂMARA, F.P.; ARBOLEDA-FLORES, J. Cluster analysis of a forensic population with antisocial personality disorder regarding PCL-R scores: differentiation of two patterns of criminal profiles. **Forensic Sci Int**. In press.

MOSCATELLO, R. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.23(1), p.34-35, 2001.

CONDE, F.M.; ARÁN, M.G. **Derecho Penal – Parte General**, 3ªEd. Valencia: Tirant, 1998, p.636.

NUNES FILHO, E.P.; BUENO, J.R.; NARDI, A. E. **Psiquiatria e saúde mental**: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Atheneu, 2005, p.257-6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10** – Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Declaration of Caracas. 1990. **Inter Dig Health Legislation**. v.42 (2), p.361-3, 1991.

PELUSO, V.T.P. A medida de segurança de internamento para inimputáveis e seu prazo máximo de execução. In: **Comentários à Reforma do Poder Judiciário**; CUNHA Jr, D.; RÁTIS, C. - Salvador: Editora Juspodivm, 2005, p.111.

PESSOTI, Isaiás. **A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 1997, p. 198-250.

RICHES, V.C. et al. Intellectual disability and mental illness in the NSW criminal justice system. **International Journal of Law and Psychiatry**. v.29, p.386–96, 2006.

RIGONATTI, S.P; SERAFIM, A.P.; CAIRES, M.A.F.; VIEIRA FILHO, H.G.; ARBOLEDA-FLORES, J. Personality disorders in rapists and murderers from a maximum security prison in Brazil. **International Journal of Law and Psychiatry**. v.29, p.361-69, 2006

ROSA, L.C.S.; COSTA, S.I. A vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais em situação de pesquisa. **Serviço Social e Sociedade**, v.92, p.159-73, 2007.

SARTRE, J.P. **Crítica da razão dialética**: precedido por questões de método. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SERRANO, Alan I. **O que é psiquiatria alternativa**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

SHAW, J.; HUNT, I. M.; MEEHAN, J. *et al.* Rates of mental disorder in people convicted homicide. National clinical survey. **Br J Psychiatry**. v. 188, p.143-7, 2006.

SIEGEL, S. **Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences**. McGraw-Hill, Inc. 1956.

SILVA, J.A.R. **Criminalidade e distúrbio mental**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ, 1981.

SOARES, L. E. Perspectiva de implantação de uma Política Nacional de Segurança Pública e de Combate à Violência. In: BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicações. **Violência urbana e segurança pública**. Brasília, p.40-46, 2002.

SOARES, C.A. Psiquiatria infantil: o nascimento do Capsi. p.09-24. IN: ROSA, L. C.S.; COSTA, M.E.; BASTOS, R.C. (Org). **Capsi – reconstruindo experiências no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil Dr. Martinelli Cavalca**. Teresina: Edufpi, 2008.

_____. Residência em psiquiatria. p.81-92. IN: ROSA, L.C.S; GUIMARÃES, L. EVELIN, M. **Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí**. Teresina: Edufpi, 2009.

SWANSON, J.W.; HOLZER 3rd, C.E.; GANJU, V.; JONO, R.T. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. **Hosp Community Psychiatry**. v. 41(7), p.761-27, 1990.

SZASZ, T. **Cruel compassion: psychiatric control of society's unwanted**. Toronto: John Wiley & Sons, Inc, 1994

TARDIFF, K. The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. **Arch. Gen. Psychiatry**. v.49, p.493-499, 1992.

TEIXEIRA, E, H.; DALGALARRONDO, P. Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo. **J Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v.55(3), p.192-94, 2006.

TEPLIN, L. The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. **Am J Psychiatry**. v.142(25), p.593-599, 1985.

VALENÇA, A.M.; MORAES, T.M. Relação entre homicídio e transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 28, p.S62-8, 2006. Suplemento II.

VASCONCELLOS, C.T.D.V.; VASCONCELLOS, S.J.L. A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910). **Cad. saúde pública**. v.23(5), p.1041-49, mai.2007.

VAUGHN, M.G.; HOWARD, M.O.; DELISIET, M. Psychopathic personality traits and delinquent careers: an empirical examination. **International Journal of Law and Psychiatry**. v.31, p.407-16, 2008.

VOLAVKA, J.; MARTELL, D.; CONVIT, A. Psychology of the violent offender. **J For Sci**. v.37(1), p.237-251, 1992.

WOLFGANG, M.E.; FERRACUTTI, F. **The subculture of violence: towards an integrated theory in criminology**. Londres: Tavistock Publications, 1967.

ZIMMERMANN, M. **Extreme former von gewalt in bild text des altertums**. Munique: Herbert Utz Verlag, 2009.

APÊNDICE

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Programa de Mestrado em Ciências e Saúde

Formulário de Pesquisa

Perfil sócio-demográfico, nosológico e criminal da população em medida de segurança em
Teresina - PI

Nº : _____

A) Idade: _____ anos

B) Anos de estudo

1. Nenhum
2. 1 a 4 anos
3. 5 a 7 anos
4. 8 a 10 anos
5. Mais de 10 anos
9. Ignorado

C) Cor:

1. Branca
2. Negra
3. Parda
4. Indígena
5. Amarela

D) Religião:

1. Católica
2. Evangélica
3. Umbanda/ Candomblé
4. Sem religião
9. Ignorado

E) Situação conjugal:

1. Casado
2. Solteiro
3. Separado/ Desquitado
4. Viúvo
9. Ignorado

F) Situação domiciliar prévia:

1. Morava só
2. Morava com pais
3. Morava com companheiro(a) e/ ou filhos

9. Ignorado

G) Crime cometido: _____

G.1) Tempo de detenção cumprido no sistema prisional: _____ (anos)

H) Vítima do crime

1. Parente intra-domiciliar
2. Parente extra-domiciliar
3. Amigo(a)/ Conhecido(a)
4. Companheiro (a)
5. Desconhecido

I) Instrumento utilizado no crime:

1. Arma branca
2. Arma de fogo
3. Instrumento contundente
4. Utensílios domésticos
5. Próprios punhos

J) Antecedentes criminais

1. Sim
2. Não

J. 1) Se SIM, houve retenção prisional ?

1. Sim
2. Não

K) Antecedentes psiquiátricos

1. Sim
2. Não

K. 1) Se SIM, que tipo de tratamento prévio realizava?

1. Ambulatorial
2. Hospital-Dia
3. Caps / Naps
4. Internação integral
5. Não fazia tratamento

L) Qual o diagnóstico principal (CID 10) quando do apenamento?

1. Esquizofrenia (F.20)
2. Transtorno de humor (F.30 – 36)
3. Transtorno neurótico (F.40 – 45)
4. Transtorno de dependência de substância (F.10 – 19)
5. Demência
6. Epilepsia

7. Retardo mental
9. Ignorado

M) Antecedentes de uso de álcool

1. Sim
2. Não

M.1) Se SIM, havia feito uso de álcool na ocasião do crime?

1. Sim
2. Não

M.2) Que quantidade de álcool costumava usar por semana?

1. até 1 dose- padrão
2. de 2 a 5 doses-padrão
3. de 5 a 10 doses padrão
4. de 10 a 15 doses-padrão
5. Mais de 15 doses-padrão

N) Antecedentes do uso de drogas ilícitas

1. Sim
2. Não

N.1) Se SIM, havia feito uso de drogas na ocasião do crime?

1. Sim
2. Não

N.2) Se SIM, que tipo de droga(s) costumava usar?

1. Maconha
2. Crack
3. Cocaína
4. Heroína
5. Inalantes
6. Medicamentos psicotrópicos
7. Ecstasy
8. Outros
9. Ignorado

ANEXOS