

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

CRIMINOLOGIAS E POLÍTICA CRIMINAL

PAULO CÉSAR CORRÊA BORGES

RENATA ALMEIDA DA COSTA

SORAIA DA ROSA MENDES

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

C929

Criminologias e política criminal [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF;

Coordenadores: Paulo César Corrêa Borges, Renata Almeida Da Costa, Soraia da Rosa Mendes – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-214-9

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Criminologias. 3. Política Criminal.
I. Encontro Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Brasília, DF).

CDU: 34



Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

CRIMINOLOGIAS E POLÍTICA CRIMINAL

Apresentação

Uma vez mais o Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito tem a satisfação de apresentar em forma de publicação uma coletânea de textos representativos de algumas das teses desenvolvidas em seu XXV Encontro Nacional que, em 2016, teve como tema “Direito e Desigualdades: diagnósticos e perspectivas para um Brasil justo”.

O encontro, realizado na Universidade de Brasília – UnB, em uma parceria com o Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP, o Centro Universitário do Distrito Federal – UDF e a Universidade Católica de Brasília - UCB, ocorreu entre os dias 6 a 9 de julho e, como era de se esperar, foi mais um momento especialmente rico no qual estudantes e professores construíram um espaço privilegiado de integração de várias instituições de ensino.

Os vinte e quatro textos que seguem foram objeto de intensos debates no Grupo de Trabalho “Política Criminal e Criminologia”, refletindo a atualidade de questões que envolvem o tema objeto de nosso GT ao redor do qual estiveram pesquisadores/as de todas as partes do país e de diferentes níveis de formação.

De um modo muito particular gostaríamos de registrar que, dos vinte e sete trabalhos aprovados, vinte e quatro deles contaram com a participação feminina em abordagens referentes a temas que giraram desde, v.g., a violência sexual e justiça de transição até, também por exemplo, os elementos punitivos na pós-modernidade e o direito penal do inimigo. Ou seja, pesquisas de conteúdo relevante, de caráter inovador, com grande potencial de impacto na área, visto traduzirem reflexões capazes de influírem na forma como devem ser compreendidas diferentes perspectivas político-criminais e criminológicas.

O intercâmbio de experiências durante o GT certamente representou um acréscimo importantíssimo ao pensamento jurídico e ao Conpedi, como um irradiador da produção de conhecimento que tem sido há longos anos. Sendo imprescindível, portanto, agradecer a todos e todas os e as participantes por suas contribuições, sem as quais o êxito do GT como um todo não seria possível.

Brasília, julho de 2016.

Prof. Dr. Paulo César Corrêa Borges – Universidade Estadual Paulista/UNESP

Profa. Dra. Renata Almeida Da Costa – Centro Universitário La Salle - UniLaSalle

Profa. Dra. Soraia da Rosa Mendes – Instituto de Direito Público/IDP

O CONTROLE POLICIAL-MÉDICO-SECURITÁRIO BRASILEIRO EL CONTROL POLICIAL-MEDICO-SECURITARIO BRASILEÑO

Thayara S. Castelo Branco ¹

Resumo

O artigo trata dos contornos do novo modelo de governo médico-policial instaurado no final do século XIX, em que visava à promoção de saúde básica pela via policaiesca, ligada ao controle e normalização dos perigosos e indesejáveis. Dessa forma, problematiza a medicalização e a policialização das ações governamentais que passaram a conectar a noção de “doença” à lógica de antecipação de perigo, crime, controle, exclusão e inocuização, atendendo assim, à política de segurança que ali despontava e que deixou ranços severos no Brasil.

Palavras-chave: Controle médico-policial, Normalização, Segurança

Abstract/Resumen/Résumé

El artículo trata de los contornos del nuevo modelo de gobierno medico-policial, introducido en Brasil a finales del siglo XIX, en los cuales tenía como objetivo promover la salud básica a través de la vía policaiesca conectada al control y normalización de los peligrosos e indeseables. Así, cuestiona la medicalización y policialización de las acciones del gobierno que empezó a conectar el concepto de "enfermedad" a la lógica de la anticipación del peligro, la delincuencia, el control, la exclusión e inocuización, cumpliendo así, la política de seguridad que allí sobresalía y que dejó graves consecuencias en el Brasil.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Control medico-policial, Normalización, Seguridad

¹ Advogada. Doutora e mestra em Ciências Criminais pela PUCRS. Professora de graduação e pós-graduação da Universidade Ceuma. Secretária-Geral da Comissão de Direitos Humanos da OAB/MA.

INTRODUÇÃO

É no Brasil novecentista que a naturalização das diferenças transforma-se numa proposta teórica universal e globalizante. “O projeto grandioso que pretendia retirar a diversidade humana do reino da cultura para localizá-la na moradia segura da ciência determinista, deixava pouco espaço para o arbítrio do indivíduo”¹.

A partir da 2ª metade do século XIX tem-se o novo modelo de política brasileira, modelo este apoiado na Medicina Social com seu programa de controle social normalizador-sanitário da sociedade. Instaurava-se, então, uma nova relação entre a medicina e o Estado, passando necessariamente pela instrumentalização e o apoio da polícia médica. A saúde vista como problema social era vislumbrada pelo Estado como objeto passível de controle, norma e intervenção (policial).

A partir desses contornos o texto tem como foco trabalhar esse novo *governo policial*, que por um lado, tinha a população como perigo e ameaça constante - sendo necessário o controle médico-social formal intenso -, e por outro, admitia o dever de promover o bem-estar da população através da proteção de sua saúde e educação pela via policialesca. A busca por saúde, higiene, salubridade, ligada ao controle e exclusão dos perigosos e indesejáveis, tinha a medicina como justificativa científica, que não estava ligada tão somente ao Estado, mas ao Estado de vigilância e contenção. Instalava-se a *era do controle médico-policial* surgindo, assim, “o maior impulso do positivismo disciplinante nas cidades”².

¹ SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930. São Paulo: Cia das Letras, 1993, p. 65.

² ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Clases peligrosas. In.:_ **Revista Psicología**. Jueves, 10 de diciembre de 2009., p. 12.

1. O PROJETO MÉDICO-POLÍTICO-SECURITÁRIO

A nova relação saúde-sociedade, base da medicina social, desenvolvida na Europa no final do século XVII constituiu-se basicamente por três etapas: *medicina de Estado*, *medicina urbana* e *medicina da força de trabalho*.

A chamada *medicina de estado*³ foi desenvolvida precipuamente na Alemanha no final do século XVII e início do século XVIII, voltada para uma intervenção direta na vida do médico e do cidadão da cidade. A formação dos pequenos estados alemães, em processo de unificação, levou o Estado a reforçar o poder central e atuar tanto na política econômica quanto em outras atividades essenciais da população. Assim, “a Alemanha formou, no século XVIII, bem antes da França e da Inglaterra, o que se pôde chamar de *ciência do Estado*⁴”.

A partir do século XVII, todas as nações europeias passaram a preocupar-se com o estado de saúde de suas populações em um clima político, econômico e científico, característico do período mercantilista⁵. Nessa via, a Alemanha desenvolveu uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população,

³ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1979, p. 80.

⁴ “A noção de *Staatswissenschaft* uma noção alemã e sob o nome de ciência do Estado pode-se agrupar duas coisas, que aparecem, nesta época, na Alemanha: por um lado, um conhecimento que tem por objeto o Estado; não somente os recursos naturais de uma sociedade, nem o estado de sua população, mas também o funcionamento geral de seu aparelho político. Os inquéritos sobre os recursos e o funcionamento dos Estados foram uma especialidade, uma disciplina alemã do século XVIII; por outro lado, a expressão significa também o conjunto dos procedimentos pelos quais o Estado extraiu e acumulou conhecimentos para melhor assegurar seu funcionamento. O Estado, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos, é algo que se desenvolveu, de modo mais rápido e concentrado, na Alemanha, antes da França e da Inglaterra. [...] Creio que isso se deve ao fato da Alemanha só ter se tornado um Estado unitário durante o século XIX, antes existindo unicamente uma justaposição de quase-estados, pseudo-estados, de pequenas unidades muito pouco estatais. Justamente quando as formas do Estado se iniciavam, desenvolveram-se esses conhecimentos estatais e a preocupação com o próprio funcionamento do Estado. As pequenas dimensões dos Estados, suas justaposições, seus perpétuos conflitos e seus afrontamentos, a balança de forças sempre desequilibradas e mutantes, fizeram com que eles estivessem obrigados a se medir uns aos outros, se comparar, imitar seus métodos e tentar mudar as relações de força. Enquanto os grandes Estados como a França e a Inglaterra podiam funcionar a um nível relativamente inconsciente, dotando-se de grandes aparelhos como o exército ou a polícia, na Alemanha a pequena dimensão dos Estados tornou necessária e possível essa consciência discursiva do funcionamento estatal da sociedade. Outra razão desse desenvolvimento da ciência do Estado é o não-desenvolvimento econômico ou a estagnação do desenvolvimento econômico da Alemanha, no século XVII, depois da guerra dos 30 anos e dos grandes tratados entre a França e a Áustria”. (FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**..., pp. 80-81)

⁵ Sobre mercantilismo, medicina social e polícia médica, ver NUNES, Everardo Duarte (org). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983.

o que se chamou pela primeira vez de *política médica de um Estado*. Segundo Foucault⁶:

Essa medicina de Estado que aparece de maneira bastante precoce, antes mesmo da formação da grande medicina científica de Morgani e Bichat, não tem, de modo algum, por objeto a formação de uma força de trabalho adaptada às necessidades das indústrias que se desenvolviam neste momento. Não é o corpo que trabalha, o corpo do proletário que é assumido por essa administração estatal da saúde, mas o próprio corpo dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado: é a força, não do trabalho, mas estatal, a força do Estado em seus conflitos, econômicos, certamente, mas igualmente políticos, com seus vizinhos. E essa força estatal que a medicina deve aperfeiçoar e desenvolver. Há uma espécie de solidariedade econômico-política nesta preocupação da medicina de Estado. Seria, portanto, falso ligar isto ao cuidado imediato de obter uma força de trabalho disponível e válida.

As demais direções da medicina social desenvolvidas na Europa naquele mesmo período foram atenuações desse modelo profundamente “funcionarizado”, coletivizado, estatizado e administrativo construído na Alemanha.

A segunda referência da medicina social na Europa foi a França que, a partir do fenômeno de urbanização das cidades, avançou no que se entendeu por *medicina urbana*. Esta surge em fins do século XVIII e não parece ter como suporte a estrutura do Estado (como na Alemanha), mas tem um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização. “Sentiu-se necessidade, ao menos nas grandes cidades, de constituir a cidade como unidade, de organizar o corpo urbano de modo coerente, homogêneo, dependendo de um poder único e bem regulamentado”⁷.

Esse modelo diferenciado da medicina francesa possuía três finalidades básicas: 1) analisar e controlar os acúmulos de tudo que pudesse causar perigo e doenças no espaço público; 2) controlar a circulação (das coisas e dos elementos naturais); 3) organizar a vida urbana – distribuições de sequências (praças, mercados, transportes e animais, locais para despejo de dejetos humanos, etc.).

Com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar, de revoltas urbanas, aparecimento de pestes e da lepra, medo e pânico moral, a burguesia criou um modelo médico-político de *quarentena*⁸. Como explica Foucault:

⁶ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, p. 84.

⁷ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, p. 86.

⁸ “Esse esquema da quarentena foi um sonho político-médico da boa organização sanitária das cidades, no século XVIII. Houve fundamentalmente dois grandes modelos de organização médica na história

O velho esquema médico de reação à lepra era de exclusão, de exílio, de forma religiosa, de purificação da cidade, de bode expiatório. E o esquema suscitado pela peste; não mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas, ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso, mas militar. É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica. A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc., não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve, sobretudo, na França⁹.

A terceira direção da medicina social foi representada pela Inglaterra. Na ordem de análise do desenvolvimento da medicina social na Europa, em primeiro lugar estava o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores como objetos desse processo de medicalização.

É na Inglaterra do crescente desenvolvimento industrial que aparece uma nova forma de medicina social. E essencialmente na *Lei dos pobres*¹⁰ que a medicina inglesa começa a tornar-se social, na medida em que o conjunto dessa legislação

ocidental: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. Na Idade Média, o leproso era alguém que, logo que descoberto, era expulso do espaço comum, posto fora dos muros da cidade, exilado em um lugar confuso onde ia misturar sua lepra à lepra dos outros. O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão. O próprio internamento dos loucos, malfetores, etc., em meados do século XVII, obedece ainda a esse esquema. Em compensação, existe um outro grande esquema político-médico que foi estabelecido, não mais contra a lepra, mas contra a peste. Neste caso, a medicina não exclui, não expulsa em uma região negra e confusa. O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos” (FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, pp. 88-89).

⁹ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, p. 89.

¹⁰ “Promulgada em 1601, a Lei dos Pobres foi a primeira lei assistencialista e política de bem estar social. Incumbiu a freguesia de assistir ao indigente. Cada freguesia passava a ser responsável pela manutenção de seus pobres e, conseqüentemente, tentava reduzir esse fardo ao máximo; acreditava-se que isso seria possível dando emprego a essas pessoas. Essa visão comungava com o desejo de estimular a prosperidade da nação pelo uso de desempregados nas manufaturas. Entre a restauração e o fim do século XVIII, escreveram-se inúmeros livros e panfletos e nasceram muitos projetos de criar centros de manufatura, asilos de trabalhadores, onde os pobres pudessem aprender um ofício. Se o primeiro objetivo do Ato era a redução do percentual de pobres, sua finalidade mais ampla estava em liberar o mercado, primeiro passo para o investimento. A economia de mercado se afirmava e clamava pela transformação do trabalho humano em mercadoria. A lógica do sistema de mercado estabelecido pela reforma da Lei dos pobres (1834), determinou a história social do século XIX e nas décadas seguintes os homens começaram a olhar para a vida comunitária com uma nova ansiedade. Pois a instalação do mercado de trabalho introduziu uma pergunta maior: como organizar a vida em uma sociedade industrial e urbana?” (ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 152)

comportava um controle médico do pobre. Com a Lei dos pobres aparece algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada; de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais vulneráveis em relação às suas necessidades de saúde pública, como também um controle pelo qual as classes ricas visam proteger-se e assegurar seu bem-estar. Ou seja, a noção de “contenção médica” dos pobres para proteger os ricos, nobres e, portanto, sadios, inicia-se explicitamente aqui. Um *cordão sanitário autoritário* é estendido nas cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos que julgavam ser originários da classe pobre. Diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado Alemã do século XVIII, “aparece, no século XIX e, sobretudo, na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas”¹¹.

Aqui no Brasil, o século XIX inaugurou uma série de transformações sociais, políticas, econômicas e científicas e nesse ritmo, somando forças, a ciência médica tomou proporções significativas, estabelecendo duas características básicas naquele momento: “1) a penetração e fortalecimento na sociedade, que incorporou o local urbano como alvo de reflexão e da prática médica; 2) como apoio científico indispensável ao exercício de poder do Estado”¹².

Houve, portanto, um significativo deslocamento do objeto de análise da medicina, deixando de focar na doença para focar na saúde. O projeto do “médico político” estava no âmbito da prevenção, ou seja, deveria impedir o aparecimento de doenças e moléstias graves, atacando as causas primárias e tudo que pudesse atrapalhar o bem-estar físico e moral da população.

Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção. O médico torna-se cientista social integrando à sua lógica a estatística, a geografia, a demografia, a topografia, a história; torna-se planejador urbano: as grandes transformações da cidade estiveram a partir de então ligadas à questão da saúde; torna-se enfim, analista de instituições: transforma o hospital – antes órgão de assistência aos pobres – em “máquina de curar”; cria o hospício como enclausuramento disciplinar do louco tornado doente mental; inaugura o espaço da clínica condenando formas alternativas

¹¹ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, pp. 96-97.

¹² MACHADO, Roberto (et. al). **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p.155.

de cura; oferece um modelo de transformação à prisão e de formação à escola¹³.

Em meio à desordem socioeconômica e política que o Brasil enfrentava – crescimento populacional desestruturado, falta de moradia e abastecimento, ausência de saneamento básico, desemprego, insegurança, precariedade de serviços médicos –, a medicina social ofereceu um discurso científico convincente e sedutor na tentativa de operacionalizar um projeto baseado em ordem, disciplina e saúde pública eficaz.

O médico-político-cientista-sociólogo-planejador inaugurou um novo modelo de política no país: *a política cientificizada*. A fórmula de controle estatal oficial a partir dessa “moderna” figura sofisticou-se para atender as recentes demandas e objetivos. Passou-se a pensar primariamente na *prevenção e controle* de todas as ordens.

Como na França, assinalava-se que a medicina agora não tinha por objetivo apenas estudar e sanar as enfermidades, mas também e, sobretudo, estabelecer relações com a organização social. A medicina podia e devia ajudar o legislador a sancionar leis, ilustrar o magistrado a aplicá-las e vigiar, junto à administração, em prol da manutenção da saúde pública, que era o nome dado à ordem social. Começou-se, então, a analisar medicamente a população como um todo, guiando o governo aos novos “cânones científicos”¹⁴.

O primeiro ponto desse ousado programa versava sobre *higiene pública*; lutar pela criação de regulamentos sanitários, intervenções em hospitais, prisões e lugares públicos, controle de venda de medicamentos e estudos de epidemias e doenças contagiosas. O segundo objetivo tratava da *defesa do saber médico*, com radical oposição a outras formas de curas¹⁵. Assim, os dois aspectos fundamentais da medicina social brasileira também contavam com os objetivos básicos da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro¹⁶ que se formalizava naquele mesmo período.

¹³ MACHADO, Roberto (et. al). **Danação da norma...**, p. 156.

¹⁴ ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos**. Rio de Janeiro: Revan, 2008, p. 239.

¹⁵ MACHADO, Roberto et. al. **Danação da norma...**, p. 186-193.

¹⁶ Foi criada a partir de 1830 por um grupo de médicos e higienistas. Serviram-se de alguns periódicos da época (*Seminário de Saúde Mental 1831-1833*; *Diário da Saúde, 1835-1836*; *Revista Médica Fluminense, 1835-1841*) para desencadear um importante movimento de opinião pública, com vistas à criação de asilo. Nos artigos destes jornais pode-se observar que, além da crítica ao modo como os

Não se tinha mais uma medicina neutra, mas sim politizada que integrava uma diferente e inovadora estrutura de Estado. Para a viabilidade desse poder político científico fazia-se necessária a instrumentalização especializada, o saber médico como aliado e meio de *normalização e controle* (na esfera política e de saúde pública).

Partindo desse conceito, Foucault¹⁷ explica que os métodos de controle e de disciplina dos quais a medicina se utiliza acabam normalizando o sujeito e que essa disciplina consiste, resumidamente, em: 1) analisar, decompor os sujeitos, lugares, tempos, gestos, etc. suficientes para percebê-los e modificá-los; 2) estabelecer sequências e coordenações ótimas; 3) estabelecer procedimentos de adestramentos progressivos e controles permanentes.

Então, a partir dessa estrutura estabelece-se a demarcação do normal e do anormal, dos aptos e inaptos a atenderem às demarcações construídas. Tem-se, portanto, a configuração da *normalização disciplinar*, que parte exatamente da referida *norma ideal*, de um modelo ótimo construído que passa a servir como parâmetro para esta operacionalização. O objetivo é transformar pessoas, gestos e atos conforme esse modelo ideal, sendo normal o plenamente capaz de segui-lo e anormal aquele que não o atende.

No seio dessa medicina constituiu-se a *psiquiatria brasileira* – diretamente influenciada pela escola francesa de Philippe Pinel¹⁸ – convencional e resumidamente

“loucos” eram abandonados a si mesmos e perambulavam pela cidade, também eram criticados os métodos de tratamento empregados pelo pessoal da Santa Casa de Misericórdia. Em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais, os médicos advogavam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente. (COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1980. pp. 21-22)

¹⁷ FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008, pp.: 74-75.

¹⁸ Pinel foi uma espécie de padrinho da clínica médica brasileira, em virtude da forte influência de sua nosografia filosófica numa das primeiras obras médicas publicadas no Brasil, os *Compêndios de Medicina* (1815), de autoria de José Maria Bomtempo, professor da Academia médico-cirúrgica do Rio de Janeiro. Tal compêndio resultou dos esforços do autor de sistematizar as lições de Pinel para uso dos alunos da Academia. Desta forma, parte importante da produção científica do médico francês marcou presença muito cedo no ensino médico-psiquiátrico brasileiro. A influência de Pinel no alienismo brasileiro surge, sobretudo, em conjunto com as obras do seu discípulo Jean-Étienne Esquirol. Este teve um importante papel na consolidação da instituição psiquiátrica, o que incluiu a legislação francesa sobre alienados e consequentemente todas as concepções estruturais no que tange ao hospital psiquiátrico. Essas recomendações influenciaram diretamente os movimentos médicos quanto ao tratamento psiquiátrico mais adequado a ser estabelecido no Brasil. As legislações francesas eram a grande referência nacional. (ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO Paulo. Pinel no Brasil. In: PINEL, PHILIPPE. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: UFRGS,

definida como uma especialidade médica que se ocupa(va) do diagnóstico e do tratamento das doenças mentais¹⁹, assim compreendida no final do século XIX, mas que no início do século XX mudou suas bases teóricas, estruturando-se quase que exclusivamente na biologização dos comportamentos e na prevenção eugênica.

Diz-se, convencionalmente, uma especialidade médica porque até a metade do século XIX esta não era considerada um ramo da medicina geral, mas sim um *ramo da higiene pública*. Antes de ser uma especialidade médica, a psiquiatria institucionalizou-se como domínio particular da proteção social contra todos os perigos que a doença pudesse acarretar à sociedade, ou seja, como higiene do corpo social por inteiro. E para existir enquanto instituição de saber médico justificada e legitimada foi preciso que se adotassem algumas estratégias: 1) codificar a loucura como doença; 2) patologizar os distúrbios e as ilusões da loucura; 3) executar análises (prognósticos, observações, sintomatologia); 4) codificar a loucura como perigo. Em resumo, a psiquiatria (de forma infalível), por um lado fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina, e por outro, ao estabelecer a loucura como doença e percebê-la como perigo, fez a prevenção e a suposta cura funcionarem como precaução social²⁰.

Nos anos 20, os psiquiatras adotaram essa noção de “prevenção” como foco de ação, antes mesmo de se estabelecer algum quadro clínico desfavorável no sujeito analisado. A eugenia dominou o pensamento psiquiátrico brasileiro, sendo este um veículo da ideologia nazista. A lógica era neutralizar os inferiores para que não se reproduzissem e impulsionar o avanço dos superiores, esterilizando os “inúteis”.

2007. pp. 32-34.). Cabe destacar ainda que Esquirol “é o primeiro especialista no sentido de que, a partir dele, abre-se toda uma carreira consagrada à alienação mental. Ele se reúne a Pinel na Salpêtrière a partir do ano VIII. Nos anos seguintes agrupa em torno de si todos aqueles que se trarão os grandes nomes do movimento alienista: Falret, Pariset, Ferrus, Georget, Voisin, Leuret, Trèlat, Calmeil, Foville, Lassègue, Evrat, etc.” (CASTEL Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978, p. 98).

¹⁹ Na contramão desse entendimento, cabe aqui a posição de Thomas Szasz que afirma que “os becos-sem-saída intelectuais e morais da Psiquiatria permanecem desconhecidos e sem exames até hoje e que podem ser sucintamente colocados sob forma de questões que envolvam escolhas fundamentais sobre a natureza, objetivo, métodos e valores da psiquiatria, dentre elas: 1) O objetivo da psiquiatria é o estudo e tratamento de condições médicas ou o estudo de desempenhos sociais e das influências sobre elas?; 2) A finalidade da Psiquiatria é o estudo do comportamento humano ou o controle do (mau) comportamento humano?; 3) O método da Psiquiatria é o intercâmbio de comunicação ou o uso de testes diagnósticos e tratamentos terapêuticos?; 4) Finalmente, o valor diretivo da Psiquiatria é o individualismo ou o coletivismo? A Psiquiatria aspira servir ao indivíduo ou ao Estado?” (SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental** – ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977. p. 17).

²⁰ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001, pp. 148-149.

Seguindo essa linha, a *Liga Brasileira de Higiene Mental* (fundada em 1923), acabou elaborando um programa baseado na “prevenção eugênica”, conceito científico e inquestionável oriundo da psiquiatria nazista. Passaram a pedir

esterilização sexual dos indivíduos doentes, a pregar o aparecimento da miscigenação racial entre brasileiros, a exigir proibição da imigração de indivíduos não brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário paternidade eugênico, etc.²¹

Os vícios, a ociosidade, as doenças e a miscigenação racial precisavam ser combatidos para o progresso e a conservação moral e social da nação. A causalidade biológica em psiquiatria, como em política e moral, tornou-se um elemento apriorístico, ou seja, a biologia funcionava como uma cobertura semântica que servia de legitimação aos preceitos. O biologismo da Liga tinha um fundamento ideológico e não científico; “tinha inspiração nazi-fascista, com um programa racista, xenofóbico e discriminatório contra o louco e a doença mental”²².

Com o mito do saber científico e do risco da degradação moral e social causada pela miscigenação, a medicina apropriou-se da função de “salvar” a sociedade e de definir o que era bom ou mau para os indivíduos, bem como as ditas representações (estereótipos) do bem e do mal que antes era uma função das instituições religiosas. “O médico tornou-se o sacerdote do corpo e o médico-psiquiatra, em particular, do espírito”²³.

Além da massa de desvalidos e delinquentes pelas ruas, miseráveis, desabrigados, alcoólatras, prostitutas, o Brasil (como toda colônia europeia) também era trecho-fim de deportação de indesejáveis de outros continentes. Além disso, os portadores de sofrimento psíquico ou transtorno mental²⁴ estavam por todas as partes: ruas, prisões, asilos de mendigos, porões das casas de misericórdia. Não se tinha um lugar específico para acolhê-los, nem espaços destinados para tais enfermidades nos hospitais gerais. Como política de *sanitarismo, higienismo, controle social e segurança*, a medicina social-psiquiátrica (como indicação política e clínica) exigiu perante a Corte

²¹ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil...**pp. 21-25.

²² AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995, p. 97.

²³ COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil...**p. 19.

²⁴ Utilizaremos na tese estes termos por nos filarmos ao movimento antimanicomial brasileiro. Ademais, estes são as nomenclaturas adequadas estabelecidas pela Lei 10. 216/01, termos estes, menos pejorativos e estigmatizantes ao cidadão.

para a criação de um local apropriado e específico para o tratamento desses enfermos, o que resultou posteriormente na criação do primeiro hospício brasileiro²⁵, o D. Pedro II²⁶, criado em 1852 no Rio de Janeiro.

A medicina social que se instalou no final do século XIX no Brasil, fruto das três linhas europeias (de estado, urbana e da força de trabalho) e talvez com uma certa predominância francesa, que procurou estabelecer-se e justificar-se na sociedade pelo viés da higiene pública, assinalou um novo tipo de existência enquanto saber (científico) e prática sociopolítica, distinguindo-se e opondo-se às várias formas de seu passado. Foi uma medicina não da terapêutica, que concentrou esforços numa futurologia perigosista da antecipação. Era “o poder dos médicos sobre o não patológico”²⁷. E mais, era o surgimento das “classes perigosas”, termo criado no séc. XVIII para classificar e controlar os sujeitos carentes que de certa forma incomodavam e tensionavam politicamente.

Com a nova forma de contenção social e administração pública, foi proposta a transformação geral das cidades, sugerindo um planejamento urbano nunca visto antes. A tarefa da medicina a serviço do progresso consistia em orientar racionalmente a ação transformadora da sociedade, conduzindo-a à “civilização”²⁸.

Os interesses de saúde pública tornaram-se cúmplices da segurança pública, num casamento jurídico-científico-normalizador violento e (ir)racional. Os argumentos científicos dispostos sobre a questão criminal, para além de dar fundamentação à punição (sobre o ideal repressor ou preventivo), prescreviam (e continuam a prescrever) (ir)racionalmente, meios de erradicação do “resto bárbaro” que insistia em emergir entre os ditos “civilizados”. Variando suas justificativas, a neutralização de um sujeito capturado pelo sistema penal (inimigo, estranho, louco, etc.), que carrega a diferenciação, era e será sempre o alvo político determinado. “Quando o ideal ‘humanista’ disciplinar passa a impor aos corpos dóceis a ortopedia da alma, que mais

²⁵ Sobre a criação dos hospícios, enclausuramento, vigilância e controle, falaremos em seguida, em tópico específico.

²⁶ A criação do Hospício D. Pedro II foi resultado da influência de Pinel no Brasil. Ele foi construído nos moldes franceses, inclusive seus estatutos de funcionamento foram inspirados na Lei Francesa de 1838. Os livros de registros dos doentes foram impressos segundo o modelo francês. (ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO Paulo. Pinel no Brasil..., p. 39)

²⁷ FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

²⁸ MACHADO, Roberto (et. al). **Danação da norma...**, p. 276.

tarde tomará a roupagem de ressocialização, está em xeque a perene tentativa de eliminar este resto anacrônico individualizado em alguma essência criminosa”²⁹.

2. A POLÍCIA MÉDICA E A NOVA RELAÇÃO ENTRE A MEDICINA E O ESTADO

A medicina construída na Europa no final do século XVIII foi considerada uma prática social que teve como base uma tecnologia do corpo social. O capitalismo não fez uma passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, pelo contrário, socializou primeiramente o corpo enquanto força de produção, força de trabalho; isso porque o controle da sociedade sobre os indivíduos não se operou e não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. “Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. *O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica*”³⁰.

A medicina social sentia-se responsável pela desordem urbana (física e moral), desordem esta que se tornava uma ameaça ao Estado e que para ser resguardado necessitava de um poder de polícia disciplinador, controlador e repressor, capaz de proteger o homem dele mesmo e da violência comunitária. A medicina era uma instância gerenciadora da vida social.

No esquema cameralista, a teoria e a prática da administração pública vieram a ser conhecidas como “*polizeiwissenschaft*” (a ciência da polícia) e o ramo que tratava com a administração da saúde recebeu o nome de “*medizinichepolizei*” (polícia médica³¹), termo utilizado pela primeira vez na Alemanha em 1764, por Wolfong Thomas Rau, dando origem a um novo programa de administração da saúde pública, sob os seguintes eixos: 1) Registro mais completo de observação da morbidade e dos

²⁹ AMARAL, Augusto Jobim do. Crônica do interior da laranja. In: FRANÇA, Leandro Ayres (org.). **Literatura e pensamento científico**: discussões sobre ciência, política e violência nas obras literárias. Curitiba: IEA Academia, 2014. P. 166.

³⁰ FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, p. 80.

³¹ Nos fins do século XVIII e mais no século XIX, a ideia de polícia médica apareceu não somente na Hungria, Itália, Dinamarca, Rússia, mas também na França, Grã-Bretanha e Estados Unidos. (ROSEN, George. A evolução da medicina social. In: NUNES, Everardo Duarte (org). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 40)

diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos; todo monarca precisava de súditos saudáveis; 2) Normalização da prática e do saber médicos. Ideia de uma normalização do ensino médico e, sobretudo, de um controle, pelo Estado, dos programas de ensino e da atribuição dos diplomas. A medicina e o médico viraram o primeiro objeto da normalização. 3) Uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos; 4º) A criação de um corpo de funcionários médicos nomeados pelo governo para interferir diretamente com seu conhecimento e sua autoridade sobre uma determinada região³².

O médico passou a ser um administrador da saúde. Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica e a submissão dos médicos a uma administração central, teve-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizaram a *medicina de Estado*. E com ela transformou-se a ideia de polícia na teoria e na prática dessa administração pública.

Assim, para o principal representante do cameralismo do fim do século XVIII, Johannes Heinrich Gottlob Von Justi, as pessoas que sofressem de doenças hereditárias ou que fossem incapazes de procriar não poderiam casar. O vício deveria ser combatido severamente e as doenças deveriam ser prevenidas sempre que possível. Dessa forma, o governo deveria aumentar a longevidade de sua população através da melhoria da administração sanitária. Nessa concepção do conceito de polícia médica na Alemanha, os médicos não eram obrigados somente a tratar seus pacientes, mas também a supervisionar a saúde da população³³.

Em resumo, o desenvolvimento e a aplicação do conceito de polícia médica foi uma tentativa pioneira de análise sistemática dos problemas de saúde da vida comunitária. Fica evidente que nem o conceito de polícia médica, nem as soluções desenvolvidas nos países que adotaram essa estratégia foram aplicados de forma igualitária. A noção foi materialmente alterada para cada realidade política e social, como no caso do Brasil.

No início do século XIX, com a chegada de D. João, observou-se a necessidade da criação de uma polícia médica no Brasil. Criada em 1808, a *Intendência Geral de Polícia* tinha como função ocupar-se da realização de um governo civil na

³² FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder...**, p. 83.

³³ ROSEN, George. A evolução da medicina social. In:_. NUNES, Everardo Duarte (org). **Medicina social...**, p. 37.

Corte, diretamente responsável pelo aumento e melhoria da população. Organizada em corpos de guarda sediados em quartéis, essa polícia focava para além dos limites urbanos da província, ou seja, era responsável pelo registro de estrangeiros que chegavam à Corte. Para Roberto Machado³⁴, “instala-se, portanto, um governo policial que conhece e ordena a população cujo poder se estende até a competência propriamente jurídica sobre os infratores da ordem que promove”.

Como a velha engrenagem jurídico-policial³⁵ não conseguia ordenar o meio urbano, uma nova estratégia, com novos agentes de coerção foram aliciados. Nasceu, então, o primeiro conceito policialesco do Estado brasileiro *vinculado diretamente à noção de saúde e higiene pública*. A saúde vista como problema social era vislumbrada pelo Estado como objeto passível de controle, norma e intervenção (policial). O alvo da polícia médica era a população livre, como estratégia de “zelo” e “promoção de saúde e bem-estar” para que esta “evoluísse”.

Esse novo *governo policial dos municípios* tinha como meta responder à desordem urbana, intervindo fundamentalmente em três aspectos: 1) *aspecto urbanístico* – caracterizado por medidas de engenharia, alinhamento, limpeza, iluminação, desimpedimento de cais, ruas e praças e construções públicas; 2) *aspecto econômico* – o governo deveria policiar a agricultura, o comércio e a indústria; 3) *aspecto populacional* – relacionado diretamente com a vigilância da população³⁶.

Por um lado, a população era vista como perigo e por conta disso as Câmaras deveriam tomar medidas contra a divagação de portadores de transtornos mentais e embriagados. Por outro lado as Câmaras deveriam promover o bem-estar da população através da proteção de sua saúde e educação.

O fomento ao bem-estar através da proteção à saúde passou a desenvolver-se pela via policialesca. A busca por saúde, higiene, salubridade, ligada ao controle e exclusão dos perigosos e indesejáveis, tinha a medicina como justificativa científica, que não estava ligada tão somente ao Estado, mas ao Estado de vigilância e contenção.

³⁴ MACHADO, Roberto *et. al.* **Danação da norma...**, p. 169.

³⁵ “No século XVIII as infrações eram punidas pela justiça e pela polícia com a truculência característica da época: enforcamento, exílio, açoite, etc... os instrumentos homeostáticos da lei colonial restringiam-se ao aparelho jurídico-policial. Esse aparelho, pouco a pouco, tronou-se incapaz de conter o caos urbano. A estratégia punitiva da Colônia esgotou suas possibilidades de ação sem modificar o perfil insurreto da população citadina. O século XIX recebeu a desordem urbana praticamente intocada”. (COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999, p. 20).

³⁶ MACHADO, Roberto (et. al). **Danação da norma...**, p. 182.

Instalava-se a *era do controle médico-policial* surgindo, assim, “o maior impulso do positivismo disciplinante nas cidades”³⁷.

A medicina, que desde o século XIX lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da Colônia, deu um passo pela independência aliando-se ao novo sistema. Incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico, administrando antigas técnicas de submissão, formulando novos conceitos científicos, transformando a população em técnicas de intervenção e congregando interesses da corporação médica aos objetivos da elite agrária. Estabilizou-se um compromisso com base na salubridade: o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas³⁸.

A partir de então, o projeto da medicina social de operacionalizar o discurso de ordem e normalização no país tinha como base aliada e instrumento de trabalho a estrutura policial (ideologia importada da Europa), acreditando ser esta a melhor e mais eficiente resposta aos distúrbios políticos e urbanos da época. O Estado medicalizava e policializava as ações governamentais e assim nasceu a noção de doença diretamente vinculada à lógica de perigo, crime, polícia, controle, exclusão, inocuidade – agravado no caso de “doença mental”³⁹, pestes e epidemias – noção esta que desenvolveu sistemas de controle cruéis e genocidas (sobretudo no âmbito da saúde mental e do direito penal).

O vínculo era perfeito. Como a polícia tinha poder sem discurso e os médicos discurso sem poder, a nova parceria era certa: o poder policial urbano estava agora legitimado pelo discurso médico. Porém, o discurso médico não se bitolava nos sujeitos ameaçadores, mas funcionava como um capítulo dentro do grande paradigma que começava a se instalar: o do *reducionismo biologista racista*⁴⁰.

Aqui fica claro que a patologização dos “incivilizados” e “diferentes” e a categorização como “anormais” foi uma construção sociopolítica que desvalorizou o

³⁷ ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Clases peligrosas...*, p. 12.

³⁸ COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar...**, p. 28.

³⁹ Utilizam-se as expressões “doença mental” e “doente mental” propositadamente entre aspas ao longo do trabalho para colocar, de fato, sob suspeita, a possibilidade desses conceitos, tal como preconiza a psiquiatria tradicional, darem conta da complexidade que representam.

⁴⁰ ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **A questão criminal**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013, p. 76.

homem como pessoa, oprimindo-o como cidadão. Atos ilegais foram declarados como “sintomas de doenças mentais”, criando-se a figura do “criminoso-doente”.

A colocação de algumas pessoas fisicamente saudáveis na categoria de doentes pode ser de fato justificada pela política, mas não pela ciência (médica). “Diversidade não é doença e o anormal não é o patológico”⁴¹. Isso porque até a metade do século XIX *doença significava uma desordem corporal* cuja manifestação típica era a alteração da estrutura física. A moderna psiquiatria criou um novo critério para conceituar doença, não mais pela observação corpórea, mas pela observação do comportamento. Assim foi construído um paralelo forçado entre as doenças físicas e mentais, ou seja, desordens corporais foram colocadas no mesmo patamar que desordens comportamentais e sofrimentos humanos. Os novos itens adicionados à categoria inicial de doença, determinada pela medicina moderna, desencadearam um significado metafórico para o termo. Todo comportamento ou experiência humana que se pudesse detectar ou atribuir a um “mau funcionamento” ou sofrimento foi rotulado como “doença mental”⁴².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrada aqui está uma nova *tecnologia de poder*⁴³, uma *regulamentação da população*, dirigida ao homem enquanto ser vivo, não mais ao homem-corpo individualizado. Essa nova tecnologia foca na multiplicidade, na massa global, nos mecanismos mais sutis, mais racionais, na natalidade, nas incapacidades biológicas diversas, nos defeitos do meio, e assim, vai extrair seu saber e definir seu campo de intervenção, caracterizando-se como *biopolítica da espécie humana*⁴⁴.

⁴¹ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. p. 106.

⁴² SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979, p. 48.

⁴³ Cabe aqui destacar que não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder; nem é tampouco com o indivíduo-corpo. É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito, pelo menos necessariamente numerável. É a noção de *população*. O que é importante também é a natureza dos fenômenos que são levados em consideração. São fenômenos coletivos, que só aparecem com seus efeitos econômicos e políticos, que só se tornam pertinentes no nível da massa. (FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999. pp.292-293).

⁴⁴ FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade...**, pp. 288-292.

Lida-se com “a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”⁴⁵. Nessa dinâmica, porém, não há uma exclusão da técnica disciplinar, pelo contrário, esta é embutida e integrada à nova tecnologia, fortalecendo-a e modificando-a parcialmente.

É dessa estratégia *biopolítica*⁴⁶, que não tinha o poder de curar ou normalizar os desvios como declarava, mas tão somente de antecipar um suposto “perigo” e instrumentalizar cientificamente a política estatal de controle social, que desencadeará uma série de conceitos jurídico-penais no Brasil e toda a lógica de contenção das pessoas em sofrimento psíquico que por ventura tenham cometido um injusto penal.

⁴⁵ FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade...**, p. 293.

⁴⁶ Por não ser um conceito de fácil definição, optou-se pelas explicações de Edgardo Castro. Como ele mesmo explica, entre 1974 e 1979, uma parte importante das investigações de Foucault giraram em torno da biopolítica. Nestes anos Foucault ensaiava várias vias de acesso a esta problemática: a partir da medicina, do direito, da guerra e da economia. Por isso, não há nele um único conceito de biopolítica. Em todos eles, sem embargo, se trata do mesmo fenômeno, da maneira em que a política se encarrega da vida biológica da população. “Hay que entender por “biopolítica” la manera en que, a partir del siglo XVIII, se buscó racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de vivientes en cuanto población: salud, higiene, natalidad, longevidad, raza. Esta nueva forma del poder se ocupará entonces de lo siguiente: 1) De la proporción de nacimientos, de decesos, de las tasas de reproducción, de la fecundidad de la población; en una palabra, de la demografía. 2) De las enfermedades endémicas: de la naturaleza, de la extensión, de la duración, de la intensidad de las enfermedades reinantes en la población; de la higiene pública. 3) De la vejez, de las enfermedades que dejan al individuo fuera del mercado del trabajo; también, entonces, de los seguros individuales y colectivos, de la jubilación. 4) De las relaciones con el medio geográfico, con el clima; del urbanismo y la ecología. Disciplina. Si comparamos una y otra forma de poder, las podemos diferenciar como sigue: 1) En cuanto al objeto: la disciplina tiene como objeto el cuerpo individual; la biopolítica, el cuerpo múltiple, la población, el hombre como ser viviente, como perteneciente a una especie biológica. 2) En cuanto a los fenómenos considerados: mientras las disciplinas consideran los fenómenos individuales, la biopolítica estudia fenómenos de masa, en serie, de larga duración. 3) En cuanto a sus mecanismos: los mecanismos de las disciplinas son del orden del adiestramiento del cuerpo (vigilancia jerárquica, exámenes individuales, ejercicios repetitivos); los de la biopolítica son mecanismos de previsión, de estimación estadística, medidas globales. 4) En cuanto a la finalidad: la disciplina se propone obtener cuerpos útiles económicamente y dóciles políticamente; la biopolítica persigue el equilibrio de la población, su homeostasis, su regulación”. (CASTRO, Edgardo. **El vocabulario de Michel Foucault – Um recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores**. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2004, p. 61)

Referências

AMARAL, Augusto Jobim do. Crônica do interior da laranja. In: FRANÇA, Leandro Ayres (org.). **Literatura e pensamento científico**: discussões sobre ciência, política e violência nas obras literárias. Curitiba: iEA Academia, 2014.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

ANITUA, Gabriel Ignacio. **Histórias dos pensamentos criminológicos**. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

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

CASTRO, Edgardo. **El vocabulario de Michel Foucault** – Um recorrido alfabético por sus tema, conceptos y autores. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, 2004.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1979.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

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

MACHADO, Roberto (et. al). **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p.155

NUNES, Everardo Duarte (org). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO Paulo. Pinel no Brasil. In: PINEL, PHILIPPE. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 152

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil -1870-1930. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

SZASZ, Thomas. **Ideologia e doença mental** – ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.

SZASZ, Thomas. **O mito da doença mental**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. Clases peligrosas. In.:_ **Revista Psicología**. Jueves, 10 de diciembre de 2009.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **A questão criminal**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013.