



Interdisciplinary

LINKSCIENCEPLACE

DOI: 10.17115

ISSN: 2358-8411

Scientific Journal



Interdisciplinary Scientific Journal. ISSN: 2358-8411

Nº 5, volume 6, article nº 13, May 2019

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.17115/2358-8411/v6n5a13>

Accepted: 10/12/2018 Published: 30/05/2019

I SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL DO NORTE E NOROESTE FLUMINENSE

– 27 A 30 DE NOVEMBRO DE 2018 – CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ

THE RIGHT TO MENTAL HEALTH WITHIN THE BRAZILIAN JURIDICAL-CRIMINAL SYSTEM AND THE MAINTENANCE OF THE DIGNITY OF THE PERSON WITH MENTAL DISORDER IN CONFLICT WITH THE LAW

O DIREITO À SAÚDE MENTAL DENTRO DO SISTEMA JURÍDICO-PENAL BRASILEIRO E A MANUTENÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI

Armando Ferreira Júnior¹

Bacharel em Direito

Bruno Cleuder de Melo²

Bacharel em Direito e Especialista em Direito Público

Carlos Henrique Medeiros de Souza³

Doutor em Comunicação e Mídia

Hideliza Lacerda Tinoco Boechat Cabral⁴

Doutoranda e mestra em Cognição e Linguagem pelo Programa de Cognição e Linguagem do CCH- UENF.

Abstract

The problem of the present research focuses on the way in which the legal-prison system treats people affected by a mental disorder who committed crimes, since following the treatment of the Penal Execution Law, many are still referred to hospitals for custody and psychiatric treatment (HCTP) contrary to what the anti-asylum movement proposes. The purpose of this study is to discuss the predictions of the Criminal Enforcement Law and the Brazilian Psychiatric Reform Law in order to

¹ FASAP. Graduado em Direito pela Faculdade Santo Antônio de Pádua – FASAP (2010). Miracema – RJ, E-mail: armandoferreirajr@gmail.

UNIG. Possui graduação em Direito pela Universidade Nova Iguaçu - UNIG (2010). Pós graduado em Direito Público pela Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC (2014). Itaperuna – RJ, E-mail: brunocleuder@yahoo.com.br

³ UENF - Coordenador e docente do Programa de Pós-graduação mestrado e doutorado do Programa de Cognição e Linguagem do CCH - UENF. E-mail: chms@gmail.com

⁴ UENF - Doutoranda e mestra em Cognição e Linguagem pelo Programa de Cognição e Linguagem do CCH- UENF. Professora dos cursos de Direito e Medicina – UNIG – Itaperuna - RJ. Membro efetivo da Associação de Bioética Jurídica da Universidade Nacional de La Plata, Argentina. Avaliadora dos Cursos de Direito do INEP/MEC. E-mail: hildeboechat@gmail.com

understand how the Brazilian State has dealt with the conflicts between the two laws and to know the actions promoted by the Judiciary and by the Federal Government (Sistema Único de Saúde - SUS and Sistema Único de Assistência Social - SUAS) in order to promote the adaptation of the legal-prison system to the anti-asylum fight. The relevance of the proposed theme is evidenced by factors such as the worrying increase in the prison population, the slowness of the Judiciary Power in view of the large number of preventive prisons, the deleterious effects of incarceration and the worsening of the conditions of the accused person suffering from the disorder due to their incarceration in an HCTP due to the impediment or difficulty of accessing relatives. The methodology implemented in the present study is based on the bibliographic review allowing the analysis of the pertinent legislation, as well as other similar studies that allow to increase the knowledge about the conditions of people with mental disorder in conflict with the law and the successful measures that have been adopted in order to promote the deinstitutionalization of people with HCTP mental disorders.

Keywords: Criminal Justice; Psychiatric Reform; Mental Disorder; Prison System.

Resumo

O problema da presente pesquisa concentra-se na forma como o sistema jurídico-prisional trata as pessoas acometidas por um transtorno mental que cometeram crimes, pois seguindo o tratamento da Lei de Execução Penal, muitos ainda são encaminhados para hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) na contramão do que propõem o movimento antimanicomial. Assim, tem-se por objetivo, discutir as previsões da Lei de Execução Penal e da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, de modo a compreender como o Estado brasileiro tem equacionado os conflitos existentes entre as duas legislações e ainda conhecer as ações promovidas pelo Judiciário e pelo Governo Federal (Sistema Único de Saúde - SUS e Sistema Único de Assistência Social - SUAS) no intuito de promover a adequação do sistema jurídico-prisional à luta antimanicomial. A relevância do tema proposto encontra-se evidenciada através de fatores como o preocupante aumento da população carcerária, a morosidade do Poder Judiciário frente o grande número de prisões preventivas, os efeitos deletérios proporcionados pelo encarceramento e o agravamento das condições do acusado que sofre com transtorno mental devido o seu encarceramento em um HCTP pelo impedimento ou dificuldade do acesso de familiares. A metodologia implementada no presente estudo baseia-se na revisão bibliográfica permitindo a análise das legislações pertinentes, bem como de outros estudos semelhantes que permitam ampliar os conhecimentos acerca das condições das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei e as medidas exitosas que vem sendo adotadas no intuito de promover a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais dos HCTP.

Palavras Chave: Justiça Criminal; Reforma Psiquiátrica; Transtorno Mental; Sistema Prisional.

INTRODUÇÃO

A questão da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal no Brasil compreende um dos temas mais complexos envolvendo a integração do Sistema de Justiça Criminal, do SUS (Sistema Único de Saúde) e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), pois requer uma grande reforma na forma como são aplicadas as medidas de segurança, que atualmente ainda são pautadas principalmente na internação em hospitais psiquiátricos que acabam se transformando em verdadeiros “depósitos de lixo humano” uma vez que a própria lei penal não estipula um limite para essa internação criando assim uma modalidade “prisão perpétua” no Brasil.

Assim percebe-se a significativa relevância do presente tema, uma vez que ante a luta antimanicomial e da Lei da Reforma Psiquiátrica, urge cada vez mais a necessidade de que seja revisto o modo como a pessoa com transtorno mental é tratada pelo sistema jurídico-penal brasileiro. Além disso, o tema ainda se mostra relevante, pois possui estreita relação com a manutenção da dignidade da pessoa humana, seja pela possibilidade excepcional de haver uma prisão perpétua, modalidade esta que não é comportada pelo ordenamento jurídico brasileiro; seja pela forma como são efetivamente tratadas as pessoas sob medida de segurança, pois estas são privadas do convívio familiar e social, tendo um tratamento conduzido inadequadamente pela esfera judicial que apenas reforça os estigmas sociais que envolvem a pessoa com transtorno mental.

BREVE HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL

Antes de adentrar as questões contemporâneas que envolvem o apenado que sofre com algum tipo de transtorno mental e a sua condição em relação ao cumprimento da pena em um hospital psiquiátrico. Faz-se necessário retroceder na história dos manicômios e compreender o contexto social em que estes surgiram, assim como era o tratamento dispensado as pessoas reconhecidas como “loucos” antes, durante e depois da criação dessas instituições.

Nesse contexto, a obra intitulada Memória da Loucura, publicada pelo Ministério da Saúde brasileiro revelam que a preocupação com a saúde mental trata-

se de um tema moderno, de modo que, até o século XVIII sequer haviam estudos que relacionassem os transtornos mentais a uma condição que deveria ser tratada por médicos. Na verdade, o texto menciona que na Idade Antiga, particularmente na Grécia, os loucos viviam em meio à sociedade, e os cidadãos acreditavam que estes possuíam poderes divinos. Já na Idade média o tratamento dispensado àqueles interpretados como loucos tornou-se extremamente desumano, pois dada ausência de estudos científicos que pudessem dizer com clareza que tipo de mal acometia as pessoas loucas e sobre a perspectiva cristão-católica, estas pessoas eram interpretadas como possuídas pelo demônio e por esse motivo eram submetidas a condições sub-humanas, ficando acorrentadas, sendo submetidas a rituais como de exorcismo e em casos mais extremos onde o indivíduo fosse julgado como herege este era submetido a pena capital sendo queimado vivo (Brasil, 2008).

Conforme a análise de Foucault (1978) durante o período da Renascença a loucura voltou a ser “tolerada” socialmente, estando inclusive presente nas expressões artísticas. Desse modo, os loucos “conhecidos”, como eram chamados os indivíduos que embora acometidos por transtornos não ofereciam nenhum risco ao convívio social, circulavam livremente pelas ruas. No entanto, os loucos “estranhos” que assim eram denominados por possuírem comportamento de risco, bizarros e que comprometiam o convívio social, incluindo-se nesse rol, os bêbados e os devassos eram privados do convívio social, sendo estes comumente exilados.

Foucault (1978) explica em sua obra que durante a Idade Média houve um surto de lepra em todo continente europeu, o que levou aos governos dos países mais atingidos a construir leprosários, não no intuito de promover um tratamento digno aos doentes, mas como forma de retirá-los do meio do convívio social. Com o final do surto de lepra os prédios construídos para abrigar os leprosos passaram a abrigar indivíduos acometidos por doenças venéreas e posteriormente os loucos.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (Foucault, 1978, p. 10).

A análise feita por Foucault (1978) permite ainda perceber que com o final do feudalismo e a reorganização e expansão das cidades já não há mais espaço para o louco já que esta impossibilitava o indivíduo para o convívio social e para o trabalho.

Sendo assim, de meados do século XVII até o final do século XVIII e início do século XIX as pessoas tidas como loucas eram apenas “depositadas” nessas espécies de “asilos” apenas como forma de promover uma higienização social. Nesse mesmo período de transição entre os séculos XVIII e XIX, período histórico permeado de transformações sociais e políticas principalmente no continente europeu inspirou o médico francês Philippe Pinel a investigar a loucura, fazendo com que doravante esse tema se tornasse uma questão médica, ou seja, a loucura adquiriu status de patologia e por esse motivo necessitava de tratamento (Brasil, 2008).

A loucura tornou-se uma questão médica e passaria a ser vista como uma doença que poderia e deveria ser tratada. Surgiram a clínica, como local de internação, e os estudos sobre psiquiatria. Com essa nova estrutura, coube aos enfermeiros os cuidados com os loucos. Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o desconhecido representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele. A partir dessas mudanças, o médico que se especializava no tratamento dos alienados era chamado de alienista e, após essas transformações, grandes nomes se destacaram na medicina por suas pesquisas e inovações nessa área. Nesse período, pode-se destacar o trabalho de Esquirol, aluno e seguidor de Pinel, precursor da psiquiatria, que integrou, juntamente com Morel (1809-1873) e Edouard Séguin (1812-1880), a escola francesa iniciada por Pinel. No século XIX, Emil Kraepelin, integrante da corrente organicista alemã, que após cuidadosa descrição de sintomas clínicos, a evolução e a análise anatomopatológica, formula uma nova doutrina que serve de referência às próximas gerações de especialistas (Brasil, 2008, p. 08).

Através do trecho citado, o que se trona translucido é que em seu início o tratamento da pessoa considerada como louca ocorreu de forma totalmente empírica, aplicando-se as técnicas que os médicos acreditavam que surtiriam efeitos positivos. Efeitos estes que, na verdade não buscavam uma “cura” para a loucura, mas sim o controle e a domesticação do louco. Nesse processo o paciente era submetido a condições desumanas e a torturas, sendo possível ilustrar tal afirmação citando a utilização de terapias como eletrochoque, onde o paciente era eletrocutado, malarioterapia, que consistia na contaminação do paciente com o protozoário da malária no intuito de criar distúrbios, e ainda insulino-terapia, que colocava o paciente em coma diabético através de injeções de insulina e o uso de cardiazol que era utilizado para provocar convulsões (Brasil, 2008).

Voltando a atenção para como os loucos eram tratados em solo brasileiro nesse período, a pesquisa realizada por Vechi (2004) descreve que desde o

descobrimto do Brasil no século XVI até o início do século XIX os loucos conviviam naturalmente no meio social, e somente nos casos de ameaça a sociedade, como por exemplo, durante surtos com ataques violentos é que estes eram encarcerados nas prisões públicas da época, mas ainda sim essa prisão era temporária.

Através de todo o período colonial os alienados, os idiotas, os imbecis, foram tratados de acordo com as suas posses. Os abastados, se relativamente tranquilos, eram tratados em domicílio e, às vezes, enviados para a Europa quando as condições psíquicas dos doentes o permitiam e aos parentes, por si mesmo ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres tranquilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente (Moreira, 2011, p. 730).

Conforme já mencionado foi no início do século XIX que a loucura passou a ser considerada uma patologia e passou a ser tratada por médicos na Europa, conforme demonstrado por Foucault (1978) ao citar que Em 1793, Pinel havia assumido Bicêtre, em Paris; em 1789, Chiarugi o Hospital Bonifácio, na Itália; e Tuke, em 1792, na Inglaterra. No entanto, diferentemente do que ocorria no continente europeu, no Brasil do século XIX quando se decidiu intervir junto aos loucos, estes passaram a ser tratados pelo discurso religioso que com apoio do governo de modo que estes passaram a ser depositados nos porões das Santas Casas de Misericórdia de modo que “o que prevalecia, no entanto, eram os maus tratos, a repressão física e a falta de condições de higiene, o que condenava a maioria dos loucos à morte” (Vechi, 2004, p. 490). Nesse contexto, Moreira (2011) descreve que as terapias aplicadas aos loucos abrigados nas casas de misericórdia eram de sangrias e sedenhos, quando não de exorcismos católicos ou fetichistas.

A partir de 1830 a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio do Janeiro, começou a atentar sobre as condições desumanas como os loucos eram tratados. Esse protesto aos poucos foi ganhando força com os discursos do Dr. Sigaud em 1835, Dr. Antonio Luiz da Silva Peixoto, em 1837 e Dr. Luiz Vicente De Simoni em 1839 que expunham a situação precária da assistência aos loucos no Brasil e pedia providências urgentes, sendo uma das principais reivindicações a

criação de manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos loucos (Moreira, 2011).

Diante da pressão exercida, Vechi (2004) esclarece que em meados do século XIX foi criado o primeiro manicômio brasileiro com nome de Hospício Dom Pedro II, sediado na cidade do Rio de Janeiro que na época era a capital do país. Ao autor relata que a criação deste e de outros manicômios viabilizaram a presença médica no tratamento dos loucos. Contudo, a administração destas unidades ainda permanecia em poder da igreja assim como acontecia nas santas casas. Somente com a proclamação da república no final do século XIX é que o discurso religioso passou a dar lugar ao discurso científico (médico-psiquiátrico) na gestão dos manicômios.

Oda e Dalgarrondo (2005) mencionam que além do Hospício de Alienados Pedro II ainda foram criados no Brasil as seguintes instituições dedicadas exclusivamente aos cuidados de pessoas loucas: Hospício Provisório de Alienados de São Paulo (Rua São João) em São Paulo no ano de 1852; Hospício de Alienados de Recife-Olinda (da Visitação de Santa Isabel), em Pernambuco no ano de 1864; Hospício Provisório de Alienados (Belém, próximo ao Hospício dos Lázaros) no Pará em 1873; Asilo de Alienados São João de Deus (Salvador) na Bahia em 1874; Hospício de Alienados São Pedro (Porto Alegre) no Rio Grande do Sul em 1884 e Asilo de Alienados São Vicente de Paulo (Fortaleza) no Ceará em 1886.

Conforme revela a pesquisa de Batista (2014) o modelo de tratamento para os loucos implementado no Brasil se caracterizava por internações em tempo integral. Situação esta que na década de 50 do século XX culminou em um cenário de superlotação das instituições, insuficiência de recursos e funcionários para atender a todos adequadamente gerando situações de maus tratos e de condições sub-humanas fazendo com que novas críticas surgissem contra esse modelo de tratamento dedicado as pessoas loucas.

As críticas a esse modelo acabam por alavancar reformas no setor e nesse sentido dois grupos distintos ganham proeminência: a) os que defendiam a psiquiatria reformada, implicando a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas (a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional, na França) e outros que propunham estender a psiquiatria ao espaço público (psiquiatria comunitária); e b) os que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e aqueles que defendiam a Psiquiatria Democrática, como o italiano Franco Basaglia (Batista, 2014, p. 397).

Segundo Batista (2014) a teoria de Basaglia defendia a erradicação dos manicômios e também a desconstrução dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos. A óptica de Basaglia propunha que tanto a família, quanto a escola e/ou o manicômio se tratavam na verdade de instituições violentas que oprimem, chantageiam, ameaçam, exploram e destroem o indivíduo. Assim, o autor sustenta que a realidade manicomial passava pela negação de toda classificação nosológica.

O discurso antimanicomial começa a ganhar ainda mais força no Brasil a partir de 1978, quando os Movimentos de Trabalhadores em Saúde Mental em conjunto com o movimento de Reforma Sanitária passaram a atacar veementemente a “indústria da loucura”, pois um grande número de instituições privadas haviam se multiplicado pelo país visando apenas o lucro, mas ainda fornecendo um serviço cada vez mais precário (Vechi, 2004).

A discussão da desinstitucionalização entra no meio acadêmico-intelectual. Já no final da década de 1980, articulados e influenciados pelo pensamento de Basaglia, técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais e organizações comunitárias conseguem provocar o fechamento de alguns manicômios e a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vários desses atores dão origem ao Movimento da Luta Antimanicomial, uma ação coletiva em prol de “uma sociedade sem manicômios” (Batista, 2014, p. 400).

A luta pela reforma psiquiátrica e pelo fim dos manicômios se fortaleceu no Brasil a partir do final da década de 80 e início da década de 90 através do processo de redemocratização que trouxe mudanças nas áreas legislativa, jurídica e administrativa. Foi nesse período que as primeiras normas federais regulamentaram a implementação dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no Brasil, sendo também estabelecidas as primeiras diretrizes para instalação e fiscalização de hospitais psiquiátricos (Vechi, 2004).

A partir dos anos 2000 iniciou-se a construção do atual modelo de tratamento das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos no Brasil estruturado em duas correntes. Uma defendia a estruturação de uma rede de saúde mental que permita substituir progressivamente o modelo centrado na internação hospitalar por outro que promova a integração da pessoa e o tratamento dos transtornos e a outra corrente que propunha a fiscalização e a redução dos leitos psiquiátricos já existentes. Desse modo, essa reforma psiquiátrica foi consolidada através da III

Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, em Brasília (Vechi, 2004).

Após uma grande jornada, em 2001, foi sancionada no Brasil a Lei Paulo Delgado, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. O doente mental passou a ter direito ao melhor tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurado a proteção contra qualquer forma de exploração. Segundo Amarante (1995, p. 05) a desinstitucionalização significa:

Tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade.

Neste sentido, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, criando assim um ambiente favorável ao tratamento daquele que sofre transtornos psíquicos. A Reforma Psiquiátrica traz transformações políticas, sociais e culturais no lidar com a loucura. Entretanto, no campo da Saúde Mental, observamos lacunas na produção técnico-científica ao que se referem ao acompanhamento da dinâmica das decisões mais ações sociais e clientela que demandam ao Estado e suas políticas. Segundo Amarante (1994), a Reforma Psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o doente mental.

Ao longo do tempo, a Reforma Psiquiátrica brasileira veio configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e alguns segmentos da sociedade. Em consequência da Reforma, importantes mudanças ocorreram no cenário da Saúde Mental brasileira (Ornelas, 1997). No fim dos anos 80, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), lançando o tema por uma saúde sem manicômios, estimulando assim a produção legislativa de vários estados brasileiros, no sentido de proceder a desinstitucionalização. Esse movimento caracteriza-se por seu perfil e por ser um movimento com participação popular (Amarante, 1994).

Assim, o doente mental passou a ter direito a um tratamento, realizado com humanidade e respeito, tendo assegurados a proteção como o direito de receber informações sobre sua doença. A desinstitucionalização gerada por Basaglia, além

da proposta do fechamento do hospital psiquiátrico, amplia as formas de se lidar com a loucura, superando o modelo psiquiátrico tradicional, trazendo para o campo da psiquiatria a contribuição de outros saberes (Amarante, 1996).

Um grande avanço em relação à Saúde Mental no Brasil se deu através da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental que contou com a participação em massa dos seus usuários e de seus familiares. A proposta dessa conferência foi um modelo de atenção em Saúde Mental com a participação da família. De acordo com a portaria MS/SAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992, resolve que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem nas seguintes modalidades CAPS I, CAPS II, e CAPS III. Sendo que os três cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental. Realizando atendimento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Atendimento intensivo destinado a pacientes que necessitam acompanhamento diário, semi-intensivo para aqueles não precisam da frequência no CAPS, não-intensivo de acordo com o quadro clínico (Brasil, 2002).

O CAPS pode ser montado através de contingentes populacional ou dados epidemiológicos, ou seja, caso o município não tenha o número de habitantes que justifique a implantação destes serviços (CAPS). O CAPS presta serviço ambulatorial de atenção diária (Portaria MS/SAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992). Outro avanço importante é o “Programa de Volta para Casa” criado pelo Ministério da Saúde, um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Os documentos que regulamentam o Programa de Volta para Casa são: Lei n 10.708, de 31 de julho de 2003; Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003 (Brasil, 2009).

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Nesta perspectiva, entende-se a estreita relação entre a promoção da saúde e de Saúde Mental e que ambas reafirmam os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira que é a inclusão social através de um novo modelo de atenção em Saúde Mental que elabore novas referências conceituais para a

questão da loucura e seu tratamento (Brasil, 2009).

O TRATAMENTO LEGAL PARA O LOUCO NO BRASIL OS CONFLITOS EXISTENTES E A LUTA POR DIGNIDADE

Em relação à forma como a pessoa com transtorno mental é tratada pela legislação brasileira e sobre a possibilidade de sua internação em um hospital psiquiátrico, merece destaque a previsão dada por três leis em particular: o Código Penal (Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940), a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001)⁵. As leis supramencionadas cuidam de situações em que a pessoa com transtorno mental poderá ser internada em hospital psiquiátrico. No entanto, há que se mencionar a existência de desacordo entre os preceitos penais e a proposta defendida pela Lei da Reforma Psiquiátrica conforme será demonstrado ao longo da presente análise.

O primeiro diploma legal a ser analisado é o Código Penal Brasileiro, que em seu texto aborda em dois momentos a questão da pessoa que sofre com transtorno mental e que comete algum crime. Primeiramente em seu artigo 26 o Código Penal Brasileiro cuida de estabelecer regras para definir quem é inimputável ou semi-imputável. Conforme a doutrina de Bitencourt (2016) existe três sistemas que podem ser utilizados para orientar o diagnóstico sobre a inimputabilidade, sendo eles o sistema biológico, o psicológico e o biopsicológico. No caso do direito brasileiro optou-se por utilizar o sistema biopsicológico, sendo esse sistema mais abrangente, pois abarcam tanto os casos em que o agente padece de doença mental, quanto os casos em que o seu desenvolvimento mental seja considerado incompleto ou retardado. Sendo assim o artigo 26 do Código Penal Brasileiro prevê:

Art. 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.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento

⁵ Existem outras leis importantes no cenário jurídico nacional que versam sobre a pessoa com transtorno mental, a exemplo da Constituição Federal de 1988 que institui o princípio da dignidade da pessoa humana e o Código Civil que trata da capacidade ou incapacidade para contrair obrigações. Contudo, dada a pertinência com o tema proposto que versa sobre a luta antimanicomial e o encarceramento de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, destacou-se o Código Penal, a Lei de Execuções Penais e a Lei da Reforma Psiquiátrica, pois são as que tratam da possibilidade de internação em hospitais psiquiátricos.

mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Brasil, 1940).

Através da leitura do presente artigo há necessidade de se destacar que o *caput*⁶ do presente artigo refere-se a uma situação em que o sujeito que comete o crime acometido pelo estado patológico é inteiramente incapaz de compreender a ilicitude de seus atos. Ao passo que no parágrafo único observa-se uma situação de diminuição de pena de modo que o agente também em virtude de seu estado patológico seria parcialmente incapaz de compreender a ilicitude de seus atos. Desse modo, percebe-se que o Código Penal Brasileiro decidiu conferir tratamento diferenciado conforme a gravidade da patologia que acomete o indivíduo em conflito com a lei, importando, portanto, o nível de compreensão que este possui acerca de seus atos (Capez, 2012).

O segundo momento em que o Código Penal Brasileiro cuida da questão da pessoa que sofre com transtorno mental e que comete algum crime está previsto nos artigos 96 a 99 e é nesse momento que se iniciam os conflitos entre a determinação das leis penais com a Lei da Reforma Psiquiátrica. Esse conflito é delicado, pois ele não ocorre apenas entre os textos legais de modo que um se opõe ao outro, mas também quando observada a aplicação prática dessas normas. Nesse contexto verifica-se através do diploma legal que:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta.

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

⁶ Caput é um termo do latim que em anatomia significa cabeça, extremidade, a parte superior. No meio jurídico, o termo designa a parte inicial, o título ou cabeçalho do artigo de lei ou regulamento. Quando o artigo inclui parágrafos (§), itens ou alíneas, é uma forma de referir somente à ideia principal do artigo isolando os outros elementos que o constituem. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/caput/>>. Acesso em 14 de jan. 2019.

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º.

Art. 99 - O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento (grifo nosso) (Brasil, 1940).

De toda estrutura legislativa exposta o artigo 97 e em especial o seu parágrafo terceiro é o que expressa maior conflito por dizer claramente que a internação pode ocorrer por tempo indeterminado. Ou seja, criando uma espécie de exceção à própria regra do artigo 75 do Código Penal Brasileiro quando este determina que não existam penas privativas de liberdade superiores há 30 anos. No entanto, teoricamente não haveria que se falar em conflito nesse caso, pois conforme leciona Bitencourt (2016) enquanto a pena de reclusão possui um caráter retributivo-preventivo cuja aplicação é fundamentada na culpabilidade do agente, a medida de segurança possui apenas natureza preventiva fundamentando-se exclusivamente na periculosidade do agente. Assim Capez (2012, p. 466) afirma que “Na inimputabilidade, a periculosidade é presumida. Basta o laudo apontar a perturbação mental para que a medida de segurança seja obrigatoriamente imposta”. Desse modo, a medida de segurança não seria uma pena por não ter uma finalidade punitiva, mas apenas preventiva o que tecnicamente a excluiria da hipótese do artigo 75 do Código Penal Brasileiro. No entanto, conforme já mencionado o conflito se encontra mais intenso na questão prática, pois como aponta Masson (2014, p. 415) “à medida de segurança revela-se como espécie de sanção penal, pois toda e qualquer privação ou restrição de direitos, para quem a suporta, apresenta conteúdo penoso”. Ou seja, como não dizer que não se trata de uma espécie de punição se o indivíduo encontra-se privado de sua liberdade? Portanto, o que se verifica na prática é que a medida de segurança torna-se uma medida de exceção onde o indivíduo poderá ficar recluso indefinidamente em um manicômio.

A outra legislação destacada no presente estudo foi a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984) que em seu artigo 99 determina que: “O

Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal” (Brasil, 1984). No entanto, Marcão (2015), atenta para o fato flagrante do descaso do Poder Público que não disponibiliza estabelecimentos suficientes para o cumprimento das medidas de segurança de internação, afirmando o autor que na prática o que se observa “são executados reconhecidos por decisão judicial como inimputáveis, que permanecem indefinidamente no regime fechado, confinados em penitenciárias e até em cadeias públicas, aguardando vaga para a transferência ao hospital” (Marcão, 2015, p. 143). Essa situação descrita pelo autor evidencia claramente a situação de desumanidade com que são tratadas as pessoas com algum tipo de transtorno mental em conflito com a lei. Nesse contexto, Marcão (2015) ainda critica o modelo atual de atendimento afirmando que na prática se desvirtua a finalidade da medida de segurança reconhecendo também a perpetuidade e indignidade com que essas as pessoas com transtorno mental são tratadas.

De tal sorte, desvirtua-se por inteiro a finalidade da medida de segurança, Ademais, mesmo nos casos em que se consegue vaga para a internação, a finalidade da medida também não é alcançada, já que reconhecidamente tais hospitais não passam de depósitos de vidas humanas banidas de sanidade e de esperança, porquanto desestruturados para o tratamento determinado pela lei e reclamado pelo paciente, desprovidos que são de recursos pessoais e materiais apropriados a finalidade a que se destinam (Marcão, 2015, p. 143).

Conforme exposto até o momento, a forma como a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei é tratada pelo sistema jurídico-penal brasileiro reduz significativamente o exercício da dignidade da pessoa humana, pois os hospitais psiquiátricos judiciais possuem graves problemas, sendo possível destacar as internações perpétuas independente da gravidade do delito; tratamento realizando na esfera judicial; escassa participação da rede pública de saúde/assistência social; reforço do estigma e institucionalização dos pacientes; perda irreversível de vínculos familiares e sociais; consumo de recursos públicos que deveriam estar sendo utilizados para financiar os serviços abertos, inclusivos e de base comunitária (Soares Filho; Bueno, 2014). Diante do exposto, torna-se evidente que o tratamento jurídico-penal dado a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal e considerada inimputável colide frontalmente com o disposto na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001) destacando-se a previsão do artigo

4º “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001).

Pois bem, o conflito se inicia quando a lei penal impõe como regra a aplicação de medida de segurança para o acusado considerado inimputável, ou seja, fazendo com que a internação deste em hospital psiquiátrico seja obrigatória. Em contra partida a Lei da Reforma Psiquiátrica determina que a internação deva ser a exceção e não a regra. Por óbvio que considerando a hierarquia das normas jurídicas haverá aqueles que dirão que não existe conflito, pois uma norma tem a sua eficácia na esfera penal e a outra é destinada a assistência de saúde. Contudo, é necessário questionar primeiramente que estando à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal vindo a transgredi-la a mesma somente recebe a imposição de medida de segurança exatamente em virtude de seu quadro patológico. Portando, como seria possível nesse caso dissociar a aplicação da lei penal daquelas leis destinadas à saúde pública. Em segundo conforme já apontado às condições fáticas a que são submetidas às pessoas a que são impostas a medida de segurança acabam por ter sua dignidade significativamente reduzida.

Diante de todo o exposto, verifica-se que para sanar os conflitos existentes é necessária que seja realizada uma reforma do sistema jurídico-penal responsável pelo julgamento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal de modo que esta deixe de se ser interpretado apenas como uma “ameaça” pela legislação passando por um processo de humanização, onde o mesmo passe a ser considerado como pessoa e, portanto, tenha respeitado os seus direitos fundamentais conforme determina a Constituição Federal e as leis voltadas para a saúde mental. Assim, é importante que haja um estreitamento tanto entre as normas e práticas jurídicas, como com as normas e práticas de saúde mental. Nesse sentido, Soares Filho e Bueno (2016) sugere que as decisões judiciais devem ser tomadas em congruência com os sistemas de saúde e de assistência social adotando-se as seguintes medidas:

- Abandono do modelo hospitalocêntrico, passando o lugar de cuidado ser a própria comunidade;
- Internação do paciente judiciário como último recurso;
- Proibir as internações em instituições asilares;
- Criar serviços substitutivos ao hospital e garantir investimentos maiores na rede básica de saúde;
- Criar políticas específicas para a desinstitucionalização e reinserção social dos pacientes longamente internados;

- Melhorar as políticas intersetoriais para a integralização do cuidado (Soares Filho; Bueno, 2016, p. 2104).

Embora a forma como a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal ainda careça de significativas mudanças, atualmente já é possível encontrar iniciativas que buscam proporcionar maior dignidade para essas pessoas, merecendo destaque o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI), do estado de Goiás e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do estado de Minas Gerais. Soares Filho e Bueno (2016) explicam que esses programas ao invés de utilizar as normas da Lei de Execução Penal para realizar a aplicação da medida de segurança, mas que ao invés disso utilizam a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira associada às políticas nacional e estadual voltadas para a saúde mental. Destaca ainda que a estrutura desses programas conta com o apoio de equipes multiprofissionais que desenvolvem suas atividades em conjunto com o sistema de justiça criminal e as Redes do SUS (Sistema Único de Saúde) e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social). A grande diferença entre os dois sistemas é meramente administrativa, pois o PAI-LI encontra-se sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, enquanto o PAI-PJ encontra-se sob a gestão do Poder Judiciário de Minas Gerais. No entanto, como existe uma integração entre Poder Judiciário, sistema de saúde e sistema de assistência social ambos os programas tem apresentado bons resultados.

Ressalta-se ainda o fato de que em 2014 foi editada a portaria nº94 que propõe que as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei penal sejam preferencialmente inseridas na rede de saúde e recebendo todo suporte de assistência social necessário para a sua inclusão em redes de sociabilidade. Soares Filho e Bueno (2016) mencionam que a Portaria nº94 foi o resultado de um intenso debate que contou com a participação de diversos órgãos governamentais como o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), dentre outras instituições. Assim, embora a passos lentos, observa-se que aos poucos a medida de segurança vem perdendo espaço dando lugar à intervenção terapêutica ambulatorial fazendo com que aos poucos a internação em hospital psiquiátrico da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei penal deixe de ser a regra, passando a ser modalidade de exceção conforme prevê a Lei da Reforma Psiquiátrica, pois embora possa ter cometido algum crime, a pessoa com transtorno mental é muito mais doente do que

criminosa e por esse motivo necessita muito mais de cuidados médicos e de assistência do que de prisão.

CONCLUSÃO

O foco do presente estudo manteve-se na questão da luta antimanicomial concentrando-se na questão das pessoas que possuem transtorno mental e que se encontra em conflito com a lei penal. Isto porque embora a luta antimanicomial já tenha conseguido significativo progresso nos tratamentos psiquiátricos dessas pessoas, o tratamento jurídico-penal encontra-se ainda pautado em uma política passada que se concentra na internação como regra e solução para tratar as pessoas com transtorno mental. Desse modo, a pesquisa percebeu que o sistema jurídico-penal ao impor a medida de segurança, tal qual se encontra prevista no Código Penal Brasileiro e na Lei de Execução Penal colide frontalmente com a proposta da Lei de Reforma Psiquiátrica, devendo ser destacado que os dois primeiros diplomas legais datam respectivamente de 1940 e de 1984, ao passo que a Lei da Reforma Psiquiátrica foi editada no ano 2001 revelando a necessidade urgente de atualização dos diplomas legais defasados.

Percebeu-se que o modelo aplicado pelas legislações penais reduz significativamente a dignidade humana da pessoa com transtorno mental, haja vista que esta se encontra privada do convívio familiar, social e do tratamento adequado. Desse modo, uma forma de solucionar esse conflito seria a atuação conjunta entre Poder Judiciário, SUS e SUAS fornecendo uma ampla rede de atendimento integral especializado e reconhecendo as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei penal como sendo sujeitos titulares de direito, assim como foi possível identificar nos projetos PAI-LI e PAI-PJ e proposto pela Portaria n. 94 de 2014.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública.
- AMARANTE, P. (1995). Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. *Saúde em Debate*. 45(1), 43-46.
- AMARANTE, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- BATISTA, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 40 (1), 391-404.
- BITENCOURT, C. R. (2016). *Tratado de Direito Penal: parte geral*, 1. São Paulo: Saraiva.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2008). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Memória da loucura: apostila de monitoria*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2009). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS.
- BRASIL. (1940). Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 28 de dez. de 2018
- BRASIL. (1984). Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7210.htm>. Acesso em 30 de dez. de 2018.
- BRASIL. (2001). Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 de jan. 2019.
- BRASIL. (2014). Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 94, de 1º de abril de 2014, que institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*.
- CAPEZ, F. (2012). *Curso de Direito Penal: parte geral*. São Paulo: Saraiva.
- FOUCAULT, M. (1978). *História da loucura na idade clássica*. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva.
- MARCÃO, R. (2015). *Curso de Execução Penal*. São Paulo: Saraiva.
- MASSON, C. (2014). *Código Penal Comentado*. São Paulo: Método.
- MOREIRA, J. (2011). Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 14 (4), 728-768.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. (2005). História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 12 (3), 983-1010.

ORNELLAS, C. P. (1997). *O Paciente Excluído*. Rio de Janeiro: Revan.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G. (2016). Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (7), 2101-2110.

VECHI, L. G. (2004). Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9, (3), 489-495.