

REFORMA PSIQUIÁTRICA *VERSUS* SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL: A LUTA PELA EFETIVIDADE DOS DIREITOS HUMANOS AO LOUCO INFRATOR

REFORM PSYCHIATRIC VERSUS CRIMINAL JUSTICE SYSTEM: THE STRUGGLE FOR HUMAN RIGHTS TO EFFECTIVE CRAZY INFRINGING

*Sarah Caroline de Deus Pereira**

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 Doença Mental. 3 Reforma Psiquiátrica Brasileira. 4. Sistema de justiça criminal *versus* direitos humanos. Conclusão. Referências.

RESUMO: Cuida-se de analisar as implicações da Lei n. 10.216/01, alcunhada por Lei da Reforma Psiquiátrica, no que se refere ao tratamento despendido ao louco infrator. Por conseguinte, evidenciar a problemática da aplicabilidade da política de saúde mental face ao pranteado modelo jurídico-terapêutico-punitivo-prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Penitenciários (HCTPs). Neste raciocínio, se mostra evidente o conflito aos direitos humanos em face ao diploma legal em comento, por não se coadunarem com o sistema de justiça criminal brasileiro, sendo este ineficaz no tratamento do portador de transtorno mental que comete crime, em especial nos casos de psicopatia.

Palavras-chave: lei da reforma psiquiátrica. louco infrator. direitos humanos. justiça criminal. direito penal.

ABSTRACT: Take care to analyze the implications of the Law 10.216/01, nicknamed by the Psychiatric Reform Law, as when handling the insane offender spent. By therefore highlight the issue of applicability of mental health policy in the face of model mourned Therapeutic legal punishment of prison-hospitals Custody and Correctional Treatment (HCTPs). In this reasoning, the conflict appears evident rights human face to the statute in comment, for not commensurate with the Brazilian criminal justice system, which is ineffective in the treatment of patients with mental disorder who commits a crime, especially in cases of psychopathy.

Keywords: psychiatric reform act. insane offenders. human rights. criminal justice. criminal law.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por base as políticas públicas de saúde

* Bacharelada em Direito pela Faculdade Anhanguera Rondonópolis – FAR. Pós graduanda em Direito e Processo do Trabalho pela rede de Ensino Luis Flávio Gomes – LFG. Monitora de Filosofia do Direito, sob orientação do professor PhD Lafayette Pozzoli, no Centro Universitário Eurípedes de Marília – UNIVEM, pesquisadora dos grupos de estudo em A Intervenção do Poder Público na Vida do Indivíduo e Gramática dos Direitos Fundamentais no referido centro de ensino. Aluna especial de mestrado em Teoria do Direito e do Estado no UNIVEM. Advogada. E-mail: scdp88@gmail.com.

mental no Brasil, consubstanciando-se na Lei 10.216/2001, conhecida por “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, a qual é hialina ao vedar a internação em instituições que se revestem de características asilares. “Nota-se que o legislador à luz do princípio da dignidade da pessoa humana, que para Canotilho (1999, p.221), “Trata-se do princípio antropológico que acolhe a ideia (sic).pré-moderna e moderna da *dignitas-hominis* (Pica dela Mirandola) ou seja, do indivíduo conformador de si próprio e da sua vida segundo o seu próprio projecto espiritual (*plastes et fctor*)”, serviu de base a política de atendimento humanitário aos doentes mentais.

Por seu turno, a saúde mental provoca um campo de pesquisa vasto, o presente ensaio não pretende exauri-lo, ao contrário, se restringe à análise das situações em que o doente mental tenha figurado como sujeito ativo de uma conduta delituosa, o que gera na esfera penal as classificações de inimputabilidade e nos casos de psicopatia a imputabilidade diminuída, que à luz do caso concreto podem ser alvos de medidas de segurança.

Nessa senda, se objetiva com fundamento na Lei da Reforma Psiquiátrica, fazer algumas elucubrações, tais como: qual medida a ser tomada nos casos de psicopatia, diante a nova sistemática da Luta Antimanicomial? O fim do manicômio resolverá a problemática da doença mental no Brasil? É necessária uma nova visão do modelo jurídico-terapêutico-punitivo prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)?

Isto posto, torna-se necessário apreciar o sistema de justiça criminal concomitantemente a Lei de Reforma Psiquiátrica, no fito de obter respostas quanto as inquietações supra formuladas. Neste fim, se ampara em referências bibliográficas, jurisprudência e periódicos.

2 DOENÇA MENTAL

Impende destacar o histórico da doença mental, no qual Djalma Barreto (1978, p. 13) aponta como marco inicial os estudos de Michel Foucault sobre a loucura em que se dimensionou o lado psicológico e o social da doença mental, nas palavras de Foucault (2005, p.134), “o louco é reconhecido, pela sociedade como estranho, a sua própria pátria; ele não é libertado de sua responsabilidade; atribui-se a ele, ao menos sob as formas do parentesco e da vizinhas cúmplices, uma culpabilidade moral; é designado como sendo o Outro, o Estrangeiro, o Excluído”. Logo,

entende-se na obra de Foucault, que na Idade Clássica, a postura adotada com os doentes mentais e delinquentes era a internação, não cabendo outra medida.

Não obstante, Djalma Barreto (1978, p. 13) prossegue ressaltando que no século dezanove muitos foram os estudos sobre anatomia e fisiologia do cérebro, mas não se chegou a uma resposta em concreto, predominando a discordância, *in verbis*:

[...] na área da terapia do espírito, lavrados entre os adeptos do tratamento psicológico e fisiológico, converterem-se em guerra declarada com o advento das Escolas de Salpêtrière e Nancy, atingindo seu clímax após as descobertas de Brown-Séquard no setor da endocrinologia, Hughlings e Jackson na neurologia, Wilhelm Griesinger, Emil Kraepelin e Wagner-Jauregg na psiquiatria, Freud, Jung, Adles e Melaine Klein na psicanálise.

Desta sorte, de um lado o psiquiatra da escola fisiológica que entende que o choque ocasionado por metrazol produz efeito por agir na fisiologia do sistema nervoso central do paciente, de outra banda o psicanalista que acredita que a droga utilizada não produziu efeito algum, nessa mixórdia ficam os doentes mentais submetidos à própria sorte.

Vale lembrar, que a loucura é uma pedra de toque, desde a Idade Média, em especial na Era Clássica, tal qual pondera Michel Foucault (2005, p. 44 – 78), no capítulo da grande internação, que a loucura a partir do século XVII, estava estritamente ligada ao internamento, ou seja, aquele indivíduo, que perturbava o ideal de uma cidade perfeita era posto a margem da convivência social, a família tinha a discricionariedade de pedir diretamente o internamento, os primeiros Hospitais, abrigavam não apenas loucos infratores, mas todos que incomodassem a “paz social”, ditada pela sociedade burguesa e pela igreja.

Por sua vez, Moreira, Novo e Andrade (2004, p. 163) tecem uma análise contemporânea sobre a loucura, corroborando as falas de Foucault, *in verbis*:

Pode-se observar que as formas de lidar com os loucos migraram de um procedimento visivelmente agressivo e coercivo para um tratamento moral, não menos punitivo. Se os procedimentos de lobotomia, ducha fria, sangrias, etc representam certo avanço tecnológico, o tratamento moral

esteve presente, de forma silenciosa, na evolução tecnológica psiquiátrica, com base na sintomatologia da doença mental. Os locais privilegiados da atenção e tratamento foram os hospitais psiquiátricos que serviram à exclusão e afastamento. Este dispositivo asilar manteve a sociedade afastada e estrategicamente protegida, e de certa forma, indiferente a idéia de outras alternativas para questões que envolviam o louco e a loucura.

Feita a ressalva histórica de Foucault e de Badaró, percebe-se que na era contemporânea as práticas de castigo físico e de cunho moralista, ainda resistem, Renata Lira e Rafael Dias (2010, p. 43), relatam o caso Ximenes, que em 01º de outubro de 1999, Albertina Ximenes, internou o filho Damião Ximenes Lopes, na casa de Repouso Guarapares, em Sobral, no Ceará, retornando após três dias para visitar o filho, o encontrou com diversas escoriações e hematomas, além de estar despido e com as mãos atadas, tendo sido receitada medicação sem sequer o médico tê-lo visto, indo a óbito no dia 04 de outubro de 1999. Os fatos falam *per si*, em pleno século XX, o Brasil não conseguia lidar com a questão da saúde mental, tampouco o judiciário em relação aos loucos infratores, o que perdura ainda neste século XXI.

Diante disso, quando se debate a doença mental se abre inúmeros questionamentos, na área penal, o recorte é feito segundo Gauber (2006, p. 164), deste modo:

O termo “doença mental”, no campo penal engloba todas as alterações mórbidas da saúde mental, independentemente da causa, referindo-se tanto as psicoses endógenas ou congênitas (esquizofrenia, paranóia, psicose maniaco-depressiva) ou exógenas (demência senil, paralisia geral progressiva, epilepsia), como também às neuroses e os transtornos psicossomáticos.

A doença mental na senda criminal é ligada a imputação jurídica do indivíduo, ou o estado psicológico no momento da conduta, razão e o livre-arbítrio, que são afastados quando o agente apresenta transtorno mental. O país adota o critério biopsicológico, em que a inimputabilidade leva em consideração o seu desenvolvimento mental (aspecto biológico) e, em razão deste, a noção do caráter ilícito do fato ao tempo da ação ou omissão (aspecto psicológico). O sistema punitivo brasileiro ao atribuir a responsabilidade penal, trabalha com conceitos de imputabilidade, inimputabilidade e imputabilidade diminuída. Sublinhe-se que imputar a

um indivíduo a loucura e em outros atribuir a sanidade é tarefa do Estado legislador.

Por esta forma, imperiosa a lição do Fernando Capez (2004, p. 289), em que a imputabilidade é a capacidade de entendimento acerca da ilicitude do fato e em razão disto, se determinar de forma divergente, não havendo previsão legal. Destarte, para aplicação da inimputabilidade, a imputabilidade somente se exclui se, ao tempo da ação ou omissão, o agente, em razão de enfermidade ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, aos moldes do artigo 26 do Código Penal:

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

Aduz-se no parágrafo único do artigo supracitado a inimputabilidade diminuída, na qual a doutrina enquadra a psicopatia, uma vez que o agente não possuía, ao momento do crime, plena capacidade de compreensão de seus atos, tampouco de determinar-se. Nesta situação, Guido Palomba (2003, p. 522) sustenta que o criminoso entende a ação que comete, mas é preso uma intenção mórbida, que faz toda diferença na aplicabilidade da sanção estatal. A estes casos, aplica-se a medida de segurança, que tem por sustentáculo teórico a periculosidade do agente.

Ad argumentandum, Djalma Barretos (1978, p. 106), sustenta que a maior parte dos psiquiatras não conhece o conceito de periculosidade, que ao ser questionado pelo juiz, acerca da condição de saúde mental do réu, se este apresenta perigo à sociedade, o médico responde afirmativamente, por receio de ser responsabilizado por qualquer desatino que o sujeito em análise pudesse cometer longe de um tratamento interventivo hospitalar, deixando evidente que a função dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é contraproducente.

Nesse sentido, oportuna o posicionamento da defensora pública Carmem Silva (2010, p. 41), contrária a corrente adotada pelo Código Penal que considera a periculosidade do imputável como presumida, afirmando que o sistema de justiça criminal brasileiro não consegue tratar o portador de transtorno mental com a atenção que é lhe devida, relatando as incongruências do sistema penalista.

Aumenta-se a complexidade quando o infrator é um psicopata, nesse ínterim, Cristina Rauter (2003, p. 31), salienta que “[...] envio para o hospital psiquiátrico penal é, por si só, um indício de que a prisão fracassou na tentativa de obter o enquadramento à sua ordem”. Em notas posteriores, a estudiosa, pondera que o sistema não consegue dar uma resposta a problemática e que muitas vezes é atribuído ao psicopata uma cessação de “periculosidade”, de forma a remetê-los novamente ao cárcere, virando desta forma um sistema cíclico e desalentador.

Insta esclarecer, que essa situação caótica se dá por conta de fatores históricos, segundo Gauber (2006, p. 159-160), no Brasil o primeiro hospício foi no Rio de Janeiro em 1841, lastreado nos ideais de Esquirol que separava o louco da sociedade e da família, agindo em consonância com o Código Penal de 1830, ao qual aplicava aos loucos infratores a destinação de entrega as famílias ou casas com esse fim, mas não havia no país ainda a noção de encarceramento, surgida em 1903, com a Lei do Alienado, que estabeleceu o hospital como o único local a ser destinado ao louco, desde que houvesse um parecer médico.

Resta de sobejo comprovado que o Brasil não tinha arrimo para o tratamento do doente mental até o começo do século XX, apenas em 1930 que criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais, cuja tarefa seria de fiscalização dos serviços existentes e programação de novos, mas no plano da concretude não realizou praticamente nada de significativo. Frisa-se que até 1950, o tratamento despendido aos loucos consistia em banhos quentes e frios, além dos métodos físicos de tratamentos, tais quais: cadeira giratória e o eletrochoque, e a utilização de medicação em larga escala, que começou na década de sessenta, e perdura até os dias atuais.

Verifica-se, pois a dificuldade brasileira em lidar com a doença mental, por conta disso, muitas vezes ecoaram pleiteando um tratamento mais humano a loucura, nesse âmbito surgiu o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Cumprir analisar que a lei 10.216, de 06 de abril de 2001, alcunhada por Reforma Psiquiátrica Brasileira é fruto de uma conquista histórica, pois existiram no país movimentos pautados na proteção e promoção dos direitos dos que sofrem de transtorno mental. Ademais a legislação em vigor tem por espeque dedicação especial aos portadores de transtorno mental, primando pela evolução da clínica, em fazer o intratável, tratável.

No tocante ao exposto, pertinente citar o relatório de 2005 da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2005, p. 6), o qual sustenta sobre a Reforma Psiquiátrica:

[...] é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Obviamente, é nítida a luta para a afirmação dos direitos dos que padecem de doença mental, não se permitindo afastar os direitos humanos, sociais e a cidadania deste grupo. Dessa feita, é de suma importância o debate desta temática de uma forma multidisciplinar pela natureza complexa que os casos demandam, devendo haver um trabalho em redes dos seus atores, seja no campo penal e indiscutivelmente na área da saúde.

Nessa oportunidade, mister citar a legislação em comento, que disciplinou de forma enfática os direitos e a proteção as pessoas acometidas de transtorno mental, *in verbis*:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política,

nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao *grau de gravidade* ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (grifo nosso).

O artigo supracitado evidencia a preocupação constitucional moderna, qual seja, a construção de uma sociedade fraterna, solidária e pluralista, neste sentido leciona José Afonso (2009, p. 24), “A Constituição opta, pois, pela sociedade pluralista, que respeita a pessoa humana e sua liberdade”. Em síntese, as demandas atuais pedem uma solução de conflito equilibrada, respeitando os direitos fundamentais das partes envolvidas nas tensões advindas das relações sociais, preocupando o legislador com o tratamento do transtornado mental diante da inércia social a respeito.

Nesta senda, Paulo Delgado (2010, p. 25), ressalta:

A sociedade cria e recria normas para definir o que rejeita e consagra. Faz-se progressista na área da saúde por atitudes, mais do que por atos. Assim, *inscrever o doente mental na história da saúde pública*, aumentando sua aceitação social, diminuindo o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta, contribui para elevar o padrão de civilidade da vida cotidiana. *A doença mental não é contagiosa, dispensa isolamento*. Não pode ser compreendida orgânica apaziguada só pela quimioterapia e os remédios. Claro, é o avanço da medicina e da farmacologia que permite a reinserção social, convivência, restituindo o indivíduo, sua alma e desejos, ao mundo dos vivos. A medicina não deve ser carceral para ampliar a solidão moral do paciente como se sua doença criasse para ele um mundo de não direito. (grifo nosso).

Percebe-se que a doença mental necessita de atenção maior da saúde pública e não do Direito Penal, em nenhum momento defende-se que o louco infrator não deva responder pela ilicitude dos seus atos, entretanto, salienta Delgado (2010, p. 25), “a internação como privação de liberdade, monoterapia, só prevalece em serviços despreparados”. Ou seja, a questão da internação tem que ser vista com outro olhar, com mais humanização.

Delgado (2010, p. 25), obtempera: “não há sucesso médico-terapêutico sem afeto, cultura, história da doença, escuta do sofrimento, subjetividade.” O que não acontece na prática, pois o que ocorre é uma forma de aspepsia social, desrespeitando as conquistas históricas no

campo dos direitos humanos, imperando um sistema de justiça criminal meramente simbólico, que por seu turno visa enclausurar o louco infrator, submetendo-o a um “tratamento” desumano, afastando-o da família, da sociedade, e ao invés de fornecer um modelo terapêutico, aplica uma forma de “pena”, tanto ou mais severa do que regime prisional, por meio da medida de segurança, não tendo a menor acuidade com as especificidades que a doença mental exige do judiciário.

4 SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL *VERSUS* DIREITOS HUMANOS

No que se refere ao sistema de justiça criminal e direitos humanos, a primeira cizânia é quanto ao término da medida de segurança, que em alguns casos fere a Constituição Federal, no que tange à execução de penas privativas de liberdade, o Código Penal Brasileiro no artigo 75, § 1º, preceitua: “Quando o agente for condenado a penas privativas de liberdade cuja soma seja superior a 30 (trinta) anos, devem elas ser unificadas para atender ao limite máximo deste artigo.” Portanto, ainda que seja condenado a uma soma de 100 anos, o agente cumprirá no máximo 30 destes. Em esclarecimento ao referido artigo, o Supremo Tribunal Federal apresenta o seu posicionamento:

O Código Penal não proíbe que a pena privativa de liberdade a ser imposta possa ser superior a trinta anos, mas, sim, que o seu cumprimento não pode exceder a esse limite, ou seja, pode haver condenação a mais de trinta anos, mas a duração da execução da pena não pode ser superior a trinta anos, sendo só para esse fim a unificação das penas a que alude o §1º do artigo 75 do referido Código. Habeas corpus indeferido.

A Suprema Corte advoga a tese da inadmissibilidade do cumprimento de pena superior a trinta anos, logo, no tocante à medida de segurança, ressalta-se que o agente cumpre sua execução em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sujeitando-se a um laudo médico de avaliação do desenvolvimento de suas capacidades mentais durante a medida. Cuida da matéria o artigo 97, §1º do Código Penal: Art. 97, § 1º A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três

anos, mas há uma lacuna quanto ao período máximo de duração destas medidas.

Zaffaroni e Pierangeli (1998, p. 858): sustentam que, “não é constitucionalmente aceitável que, a título de tratamento, se estabeleça a possibilidade de uma privação de liberdade perpétua, como coerção penal. Se a lei não estabelece o limite máximo, é o intérprete quem tem a obrigação de fazê-lo”. Depreende-se que o prazo da medida de segurança não pode ultrapassar o limite da intervenção estatal de trinta anos na liberdade do indivíduo, ainda que a título de medida e não prevista pelo Código Penal, como o é com relação à pena, pois atacaria a dignidade humana do paciente, que no direito brasileiro é o princípio norteador de todo o sistema e voltada à pessoa humana, assim assevera Martins (2003, p.72):

[...] conceber a dignidade da pessoa humana como fundamento da República significa admitir que o Estado brasileiro se constrói a partir da pessoa humana, e para servi-la. Implica, também reconhecer que um dos fins do Estado brasileiro deve ser o de propiciar as condições materiais mínimas para que as pessoas tenham dignidade. Afinal, a pessoa humana, é o limite e o fundamento da dominação política em uma República que se propõe democrática como a brasileira. Da mesma forma anotar a dignidade da pessoa humana como fundamento da República nos remete a idéia de que sua positivação e a enunciação de um catálogo de direitos fundamentais na Constituição brasileira não revela uma mera concessão do legislador constituinte (ou do poder estatal) ou uma simples “graça do príncipe”. Ao contrário, representa o ponto culminante de um processo histórico, marcado por avanços e retrocessos que levou os Estados a reconhecerem direitos ao homem pela simples razão de ser homem (pessoa humana), como expressão infungível de sua dignidade.

Ora, é notório que o Estado se constitui no respeito à pessoa humana, logo, é inconcebível aplicar ao paciente um tratamento pior ao que estava submetido, isso não resolve o problema. O sistema público no que concernem as doenças mentais é eminentemente teórico e utópico o raciocínio que leva a crer na efetividade da cura do paciente com a aplicação da medida de segurança, pois esta não é um meio eficaz. É incontestável que o regime de internação piora a condição do doente, o que justificou a edição de novo diploma legal que proíbe a criação de

novos manicômios públicos, a Lei 10.216/01, mas que infelizmente fez e ainda faz vista grossa aos loucos infratores.

Viceja grande discussão o modelo médico e a hospitalização psiquiátrica, nessa esteira pontua Ervin Goffman (2007, p. 312):

Os doentes mentais podem descobrir-se numa “atadura” muito especial. Para sair do hospital, ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído, e o lugar que lhes foi atribuído consiste em apoiar o papel profissional dos que parecem impor essa condição. Essa servidão moral auto-alienadora, que talvez ajude a explicar porque alguns internados se tornam mentalmente confusos, é obtida em nome da grande tradição da relação de serviço especializado, principalmente em sua versão médica. Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós.

Em outra obra o autor relata sobre a estigmatização que sofrem certos grupos, dentre eles os criminosos:

Deve-se haver um campo de investigação chamado de “comportamento desviante” são os seus desviantes sociais, conforme aqui definidos, que deveriam, presumivelmente, constituir o seu cerne. As prostitutas, os viciados em drogas, os delinquentes, os criminosos, os músicos de jazz, os boêmios, os ciganos, os parasitas, os vagabundos, os gigolôs, os artistas de show, os jogadores, os malandros das praias, os homossexuais, e o mendigo impenitente da cidade seriam incluídos. São essas as pessoas consideradas enajadas numa espécie de negação da ordem social. (GOFFMAN, 2008, p. 154-155).

Em suma, o autor afirma que a sociedade forma um grupo, e, este é segregado, nesse sentido o tratamento dado ao louco infrator não funciona, na verdade o sistema de justiça criminal é ineficaz, tendo total razão à professora Vera Regina de Andrade (2007, p. 171):

[...] o SJC caracteriza-se por uma eficácia simbólica (legitimadora) confere sustentação, ou seja, enquanto suas funções declaradas ou promessas apresentam uma eficácia meramente simbólica (reprodução ideológica do sistema), porque não são e não podem ser cumpridas, ele cumpre, lentamente, outras funções reais, não apenas diversas, mas

inversas às socialmente úteis declaradas por seu discurso oficial, que incidem negativamente na existência dos sujeitos e da sociedade.

O sistema de justiça criminal (SJC) não resolve os problemas expostos, ao contrário, legitima a estigmatização apontada por Goffman, mantendo os doentes mentais atados, tal qual, alegou em citação apresentada o autor em comentário. Antônio de Pádua e Daniel Martins (2010, p. 27), levantam a seguinte elucubração: “no Brasil e no mundo está comprovado que a mera redução dos leitos psiquiátricos acaba por criminalizar os pacientes, que, sem estrutura hospital adequada, terminam sendo presos por aparelhos policiais”. Observa-se o descuido com o louco infrator, que não é tratado com humanidade, sendo excluído do convívio social confinado em hospitais psiquiátricos e manicômios.

A título de esclarecimento Paulo Michelon (2010, p. 34), complementa o argumento supracitado:

[...] a nossa luta é para que os gestores públicos das três esferas de governo (municipal, estadual, e federal) assegurem os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, mediante efetiva implementação dos serviços substitutivos em todo o País, dando-se, assim, cumprimento ao princípio da dignidade da pessoa humana.

Contempla-se uma grande luta pelo fim dos manicômios, mas a situação é ainda mais complicada, quando o assunto se refere ao louco infrator. “Carmem Silvia (2010, p. 41), relata que: “não sem razão o Movimento Antimanicomial, ter chamado o manicômio judiciário do” pior do pior”. Não sem razão a lei da Reforma Psiquiátrica, ainda não se ter estendido a essas pessoas.” Ou seja, a questão da doença mental é muito polêmica, nas palavras da estudiosa (2010, p. 41) em comentário:

Os loucos custodiados pelo Estado em razão da prática de crimes são seres submetidos a um mundo com signos e regras próprias, que devem desvendar e compreender e aos quais, em que pese o direito ao tratamento adequado e necessário não ser respeitado, devem se submeter, de preferência sem questionar, ainda que seja tão somente para conseguirem continuar vivos. Sem que ninguém lhes explique a situação irreal pela qual passavam. Como se, por serem loucos, não tivesse qualquer direito – estivessem

jogados à própria sorte e a doses e doses de Habdol e Fernegan (quando há).

Afere-se o império dos maus tratos, da perpetuidade da medida de segurança, do esquecimento dos loucos infratores em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), dentre outros fatores que abrangem a questão do doente mental. Embora com o surgimento da lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10. 216 de 2001, os problemas ainda persistem, evidenciando a dificuldade na efetividade dos direitos fundamentais do portador de transtorno mental em virtude do conflito com o sistema jurídico-terapêutico-punitivo prisional dos Hospitais de Custódia e Tratamento Penitenciário (HCTPs).

Em complemento a essa idéia, a autora (2010, 0. 42), ressalta:

Como consequência, os portadores de transtorno mental que praticaram crimes deverão ser tratados pelo sistema de saúde, preferencialmente em liberdade, vetada a permanência no sistema prisional. Em caso de prisão em flagrante, ou cautelar, constatado o transtorno mental, o preso deverá imediatamente transferido, de acordo com o parecer de equipe de saúde multiprofissional, para equipamento da rede de saúde adequado ao seu caso, para tratamento a intervenção compulsória só eticamente admissível se for absolutamente indispensável e tiver por fim assegurar a saúde mental do paciente. A internação compulsória não poderá ultrapassar o tempo estritamente necessário para estabilização do quadro agudo, nos termos da indicação da equipe de saúde interdisciplinar; cessado este período, se necessário para manutenção de sua saúde mental, o paciente deve ser encaminhado para tratamento em liberdade, em equipamento de rede de saúde de acordo com o seu quadro e projeto terapêutico individualizado elaborado por equipe de saúde.

Ora, face às considerações aduzidas, pertinente colacionar o exposto pelo Observatório de Saúde Mental & Direitos Humanos (2009, p. única), o qual relatou a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da OAB, um balanço nacional das vistorias realizadas no último dia 22 de outubro de 2009, em 38 manicômios de 16 Estados e do Distrito Federal, tendo o presidente da Comissão, Edísio Simões Souto, se manifestado preocupado com a situação.

No relatório dantes citado, constam as seguintes ponderações:

O relatório informa que foram encontrados pacientes nus em regiões frias, hospitais tratando doentes mentais como presidiários, enfermarias fechadas com grades e cadeados, hospitais sem plantões médicos no fim de semana, alguns sem terapeutas ocupacionais, e hospitais sem medicamentos indispensáveis aos tratamentos. (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE MENTAL & DIREITOS HUMANOS, 2009, p.1).

Nota-se, mesmo após onze anos do movimento da luta antimanicomial, os Hospitais de Custódia e Tratamento Penitenciário, continuam apresentando as mesmas mazelas de outrora, tratando os internos de forma desumana.

A Comissão da Ordem dos Advogados do Brasil, apontou com o principal óbice a falta de fiscalização nessas unidades hospitalares e também a falta de divisão dos internos para qualificar de que transtorno mental cada qual padece, no fim de se tratar os que padecem de problema neurológico de forma divergente dos que sofrem de doença mental.

Por sua vez, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), realizou mutirão para apurar as irregularidades dos manicômios, o juiz auxiliar da presidência do CNJ, Márcio André Keppler Fraga, argumentou que:

[...] a solução para os problemas em instituições psiquiátricas de custódia “não é apenas jurídica”, e deve incluir parcerias com as áreas de saúde e direitos humanos. “Temos que trazer para a cena esse problema que não tem visibilidade muito boa e é um problema sério, de saúde pública, de segurança pública. (OBSERVATÓRIO DE SAÚDE MENTAL & DIREITOS HUMANOS, 2010, p. 1).

Nota-se que o tema em voga é fundamental a saúde e a segurança pública, haja vista, o funcionamento atual dos manicômios continuarem aviltante ao disposto nos direitos humanos, constituindo um óbice a cidadania.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica trouxe o Movimento Antimanicomial, considerando os manicômios ou Hospital de Custódia e Tratamento Penitenciário (HCTPs) como o pior de todo o sistema, sendo os loucos infratores estigmatizados pelo sistema prisional por conta da loucura e no sistema de saúde, porque são criminosos. A luta pela desinstitucionalização dos manicômios é indubitavelmente um

movimento histórico no país, que merece apoio de muitas camadas da população no tratamento daqueles que sofrem de transtorno mental, em especial, àqueles que cometerem delitos, extremando aos casos da psicopatia, por conta da sua posição atípica no sistema penal brasileiro.

A política de saúde mental instituída pela Lei n. 10. 216 de 2001, embora frutuosa na campanha pela humanização dos que padecem de transtorno mental, ainda apresenta inúmeros desafios na garantia do direito fundamental a saúde, dentre eles, expungar do esquecimento o psicopata e tratá-lo com as especificidades que o caso demanda, considerando individualmente cada pessoa, como um ser detentor de dignidade, cidadania e titularidade de direitos, fugindo do ranço do sistema imposto pelo Código Penal e pela Lei de Execução Penal.

O sistema de justiça criminal age antagonicamente aos direitos e garantias fundamentais, em razão de sua ineficácia e claudicância. *Cum granu salis*, é possível tirar dos tentáculos do sistema de justiça criminal, as agruras inerentes ao trato da saúde mental no país daqueles que cometem delito. Com dez anos de vigência da lei, muito inúmeras são as deficiências na relação com o louco infrator.

Ressalta-se que diante o conflito do sistema de justiça criminal e direitos humanos em face da Lei da Reforma Psiquiátrica, não há necessidade de alteração legislativa para aplicabilidade de um tratamento mais humanitário ao doente mental, mas urge uma melhor fiscalização do Poder Judiciário e do Ministério Público aos hospitais penitenciários na tentativa de mitigar ou evitar as mazelas relatadas pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), entretanto o tratamento ambulatorial ao louco infrator em uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) poderia causar danos ainda mais gravosos à saúde mental do louco infrator.

Em suma, a questão da doença mental precisa ser direcionada a saúde pública, e não ao direito penal, que apresenta uma eficácia meramente simbólica quando diante de um infrator que padece de transtorno mental, entretanto no que tange ao psicopata, não há como se abster de impor a medida de segurança, mas que se aplique imbuída de uma visão mais humanista, e principalmente preservando a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Vera Regina de. O sistema de justiça criminal no tratamento da

violência sexual contra a mulher: a soberania patriarcal. Discursos sediosos. **Crime, Direito e Sociedade**, Instituto Carioca de Criminologia, Rio de Janeiro, Editora Revan, p. 167-185, 2007.

BARRETO, Djalma. **O alienista, o louco e a lei**. Petrópolis: Vozes, 1978.

BARROS, Carmem Silvia de Moraes. Aplicação da reforma psiquiátrica e da política da saúde mental ao louco infrator. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Consulex, p. 41-42, 15 maio 2010.

BRASIL. Código Penal Brasileiro. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm>.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>.

CAPEZ, Fernando. **Curso de direito penal**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teorias da Constituição**. Coimbra: Almedina, 1999.

DELGADO, Paulo. O espírito da lei n. 10. 216/01. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Consulex, p. 24-25, 15 maio 2010.

DIAS, Rafael; Lira, Renata. A saúde mental na corte interamericana de direitos humanos. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Consulex, p. 34 15 maio 2010.

FOCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, Erving. Estigma. **Manicômios, prisões e convênios**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

_____. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

Informativo Supremo Tribunal Federal. Brasília, 11 a 15 de maio de 1998 - Nº110. HC N. 76.707-SP. RELATOR: MIN. MOREIRA ALVES. Disponível no site:

<<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo110.htm>>.

Acesso em: 31 ago. 2011.

MARTINS, Fladimir Jerônimo Belinati. **Dignidade da pessoa humana: princípio constitucional fundamental**. Curitiba: Juruá, 2003.

Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. nov. 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; NOVO, Helerina A.; ANDRADE, Angela Nobre de. Violência e loucura: até quando? In: SOUZA, Lídio de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo. **Violência e exclusão: convivendo com paradoxos**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2004.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE MENTAL & DIREITOS HUMANOS.

Balço sobre vitorias aponta irregularidades em manicômios.

Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/balanco-sobre-vitorias-aponta-irregularidades-em-manicomios/>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

_____. **CNJ inicia mutirão para levantar irregularidades em manicômios judiciais**. Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/cnj-inicia-mutirao-para-levantar-irregularidades-em-manicomios-judiciais/>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

PALOMBA, Guido Arturo. **Tratado de psiquiatria forense, civil e penal**. São Paulo: Theneu, 2003.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

SERAFIM, Antônio de Pádua; BARROS, Daniel Martins de. Apontamentos sobre assistência aos portadores de transtorno mental. **Revista Jurídica Consulex**, Brasília, Consulex, p. 26-27, 15 maio 2010.

SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à constituição**. 6. ed. São

Paulo: Malheiros, 2009.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; et. al. **Direito penal brasileiro** – 1. Rio de Janeiro: Revan, 1998.