



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS

**APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO
AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, EM FACE
DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA:
O CASO DA CIDADE DE RIO BRANCO-AC (2005/2010)**

Rivana Barreto Ricarte de Oliveira

João Pessoa-PB

2012

RIVANA BARRETO RICARTE DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO
AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, EM FACE
DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA:
O CASO DA CIDADE DE RIO BRANCO-AC (2005/2010)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Paraíba, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Jurídicas.

Área de concentração: Direitos Humanos

Orientador: Prof. Dr. Fredys Orlando Sorto

JOÃO PESSOA-PB

2012

O48a Oliveira, Rivana Barreto Ricarte de.

Aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais, em face do princípio da dignidade da pessoa humana: o caso da cidade Rio Branco-AC (2005-2010) / Rivana Barreto Ricarte de Oliveira.-- João Pessoa, 2012.

169f.

Orientador: Fredys Orlando Sorto

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCJ

1. Medida de segurança psicológica. 2. Transtorno mental – internação – segurança. 3. Dignidade. 4. Saúde. 5. Cidadania.

UFPB/BC

CDU: 159.9.072(043)

RIVANA BARRETO RICARTE DE OLIVEIRA

**APLICAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO
AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS, EM FACE
DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA:
O CASO DA CIDADE DE RIO BRANCO-AC (2005/2010)**

João Pessoa, 16 de Março de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fredys Orlando Sorto
Orientador

Prof. Dr. George Sarmiento Lins Júnior
Membro Externo (UFAL)

Prof^a. Dr^a. Adelaide Alves Dias
Membro Interno (UFPB-CCE)

Prof. Dr. Rômulo Rhemo Palitot Braga
Membro Interno (UFPB-CCJ)

A meus pais,
José Ricarte e Maria Ivonete.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado desde os primeiros dias da minha existência.

Aos meus familiares, especialmente meus pais e minhas irmãs, que sempre estão comigo, dando-me apoio e incentivo.

Ao Professor Doutor Fredys Orlando Sorto, em primeiro lugar, por ter acreditado em mim, aceitando ser meu orientador, desde o início, e me proposto o desafio do estágio docência, em segundo, por todos os ensinamentos que me passou, além da dedicação, disponibilidade e paciência no acompanhamento deste trabalho.

Aos professores doutores, Adelaide Dias e Rômulo Palitot, pelas valiosas contribuições na fase de qualificação.

A todos os meus professores do mestrado em Direitos Humanos da UFPB, em 2010 e 2011, pelos conhecimentos sabiamente transmitidos.

A todos os colegas do mestrado das turmas de 2010 e 2011, em especial aos colegas angolanos Domingos, Florita, Irina e Rui, pela troca de aprendizagem cultural e humana que contribuíram significativamente na minha formação.

Aos funcionários do PPGCJ/UFPB pela presteza com que sempre atenderam as minhas solicitações.

Aos meus colegas Defensores Públicos que compreenderam a importância deste projeto e me incentivaram a continuar, em especial, Dion Nóbrega Leal e Fernando Moraes.

Aos Drs. Cloves Cabral e José Ruy Lino, com quem divido a sala de audiências na 4ª Vara Criminal da Comarca de Rio Branco, por terem contribuído para este projeto.

Aos juízes criminais, promotores e defensores públicos e médicos psiquiatras da Comarca de Rio Branco que consentiram em participar das entrevistas, que foram essenciais para a conclusão deste trabalho, bem como aos funcionários do HOSMAC e do IAPEN que não mediram esforços em fornecer os dados técnicos necessários.

Aos amigos e às amigas que compreenderam a minha ausência neste período e sempre me deram força para continuar.

Ao meu tio José Neto Barreto, que contribuiu com a correção ortográfica e a revisão final do trabalho.

Ao meu companheiro de vida Erik Farhat porque, além de toda a paciência, amor e incentivo constante, contribuiu com sugestões valiosas para a concretização deste trabalho.

É difícil defender
Só com palavras, a vida.
Ainda mais quando ela é
Esta que se vê, severina;
Mas se responder não pude
À pergunta que fazia,
Ela, a vida, a respondeu
Com sua presença viva;
E não há melhor resposta
Que o espetáculo da vida.
Ver a fábrica que ela mesma,
Teimosamente se fabrica,
Vê-la brotar como há pouco
Em nova vida explodida;
Mesmo quando é assim pequena
A explosão, como ocorrida;
Mesmo quando é uma explosão
Como a de há pouco, franzina;
Mesmo quando é a explosão
De uma vida severina

(João Cabral de Melo Neto)

RESUMO

A grande revolução da humanidade, em perspectiva global, é a afirmação do ser humano como centro de decisão da organização coletiva. A construção deste conhecimento culmina com a noção de que a dignidade humana é o reflexo do progresso moral que consiste em reconhecer na pessoa um valor inerente em torno do qual se estruturariam as organizações sociais e políticas, não cabendo qualquer distinção ou discriminação entre os seres humanos, sejam eles sujeitos sãos ou portadores de transtornos mentais. Apoiado neste contexto, o presente trabalho analisa a forma como é aplicada e executada a medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais de Rio Branco-AC, no período de 2005 a 2010, demonstrando a situação do sistema atual de execução desta medida em face do princípio da dignidade da pessoa humana. A concepção kantiana de dignidade humana foi tomada como referência para construção da dignidade do portador de transtorno mental, apropriando-se do conceito de autonomia em seu caráter abstrato, qual seja a capacidade *potencial* do indivíduo de autodeterminar sua conduta, independente de sua efetiva realização por parte da pessoa em concreto. Delineia-se a história da loucura com base na obra de Foucault de maneira a perceber o processo de criminalização da loucura, revisitando aspectos do surgimento da psiquiatria e do hospital psiquiátrico. Discute-se os dispositivos da legislação penal brasileira, salientando a consolidação da medida de segurança como instituto que promove a exclusão da inclusão do portador de transtorno mental. Enfatiza-se o movimento da reforma psiquiátrica, que ensejou mudanças significativas na legislação de saúde mental e tem subsidiado, ainda que de maneira embrionária, programas alternativos para o tratamento da questão do louco infrator. Através das análises dos processos judiciais, das instituições e das entrevistas realizadas foi possível obter informação concreta da situação atual dos portadores de transtornos mentais, autores de injusto penal, em Rio Branco, e verificar as violações aos direitos elementares de cidadania, saúde e dignidade. Os resultados da pesquisa demonstram a necessidade de reflexão profunda para combater a aparente apatia quanto às violações apontadas, pois o procedimento jurídico relacionado à loucura aparece subvertido em toda a extensão de sua aplicação prática, evidenciando-se os paradoxos entre a prática e o discurso teórico. Por fim, aponta-se a imprescindibilidade de readequação da política de aplicação e de cumprimento da medida de segurança de internação na cidade de Rio Branco-AC.

Palavras-chave: Dignidade. Transtorno mental. Medida de segurança.

ABSTRACT

The great revolution of humanity, in a global perspective, is the affirmation of the human being as the center of decision of the collective organization. The development of this knowledge culminates with the notion that human dignity is a reflection of the moral progress that consists recognizing in the person an inherent value around which are structured social and political organizations, that do not allow any distinction or discrimination between human beings, even if they are sane or mentally ill people. Supported by this context, the present work analyzes the way the precautionary action is implemented and executed towards mental health patients in Rio Branco-AC, in the period of 2005 to 2010, demonstrating the current execution system of this action in front of the human dignity principle. Kant's conception of human dignity was taken as a reference to develop the dignity of the mentally insane, taking the concept of autonomy in its abstract view, the individual's potential capacity to self-determine their conduct, regardless of their actual implementation by the person in concrete. The history of madness based on Foucault was seen in order to understand the process of insanity criminalization, revisiting aspects of the emergence of psychiatry and the psychiatric hospital itself. Discussion is held on the Brazilian penal system, emphasizing the consolidation of precautionary action as the institute that promotes the exclusion of the inclusion of the mentally disordered people. Emphasis is given to the psychiatric reform movement that has made feasible relevant changes to the mental health legislation and has also subsidized, although at an embryonic stage, alternative programs of treatment to the insane offender. Through the analysis of court proceedings, institutions and the interviews realized, it was possible to obtain concrete information about the current situation of the mentally ill patients who committed a criminal unjust, in Rio Branco, and verify the violations of the basic rights of citizenship, health and dignity. The research results show a need for deep reflection on the naturalization of the noted violations, since the legal process related to madness appears subverted in the whole extension of its practical application, demonstrating the paradoxes between practice and theoretical discourse. Finally, it points to the crucial need for readjustments to the policy of implementation and application of the precautionary action in the city of Rio Branco-AC.

Keywords: Dignity. Mental Disorders. Precautionary Action.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APASAMA – Associação dos Pacientes e Amigos da Saúde Mental do Acre.
ASM – Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para Melhoria da Assistência à Saúde Mental.
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.
CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CF – Constituição Federal.
CFM – Conselho Federal de Medicina.
CFP – Conselho Federal de Psicologia.
CID – Classificação Internacional de Doenças.
CNJ – Conselho Nacional de Justiça.
CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.
CNSN - Conferência Nacional de Saúde Mental.
CP – Código Penal.
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos.
EC – Emenda Constitucional.
HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
HOSMAC – Hospital de Saúde Mental do Acre.
IAPEN – Instituto de Administração Penitenciária do Estado do Acre.
ICD – International Statistical Classification of Diseases.
LEP – Lei de Execução Penal.
MPE- Ministério Público Estadual.
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.
OMS – Organização Mundial da Saúde.
ONU – Organização das Nações Unidas.
PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário.
PAI-LI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator.
PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.
PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos.
PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.
PL – Projeto de lei.
RE – Recurso Extraordinário.
SUS – Sistema Único de Saúde.
TJAC – Tribunal de Justiça do Estado do Acre.
TJMG – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
URS/AA - Unidade de Recuperação Social Antônio Amaro, Rio Branco-AC.
URS/FOC – Unidade de Recuperação Social Francisco de Oliveira Conde, Rio Branco-AC.
VEP - Vara de Execução Penal, Rio Branco-AC.
WHO - World Health Organization.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
À GUIA DE INTRODUÇÃO.....	12
1 TRANSTORNO MENTAL E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO....	19
1.1 CONCEPÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	22
1.1.1 Previsão constitucional do princípio da dignidade da pessoa humana..	30
1.2 TRANSTORNO MENTAL E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....	34
1.2.1 A história da loucura e a situação dos loucos infratores.....	35
1.2.2 A dignidade do portador de transtorno mental.....	45
1.3 INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNO MENTAIS.....	51
1.3.1 Normatização internacional.....	57
1.3.2 Constituição Federal e normatização nacional.....	61
2 O LUGAR DA LOUCURA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO.....	69
2.1 APONTAMENTOS HISTÓRICOS ACERCA DA MEDIDA DE SEGURANÇA.....	70
2.1.1 Instituição da medida de segurança no Brasil.....	73
2.1.2 Pressupostos para aplicação da medida de segurança.....	80
2.2 MEDIDA DE SEGURANÇA: PENA OU TRATAMENTO?.....	85
2.2.1 Finalidade das medidas.....	88
2.2.2 A transformação da medida de segurança em prisão perpétua.....	90
2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LEGISLAÇÃO PENAL.....	96
2.3.1 A tradição da reforma psiquiátrica italiana e sua influência na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira.....	98
2.3.2 Reflexões sobre o modelo hospitalocêntrico e os 10 anos da reforma psiquiátrica nacional.....	106
3 A DIGNIDADE DO LOUCO INFRATOR NA CIDADE DE RIO BRANCO-AC.....	113
3.1 A TRAJETÓRIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AUTOR DE INJUSTO PENAL EM RIO BRANCO-AC: ESTUDO DE CASO	117
3.1.1 Contextualização processual dos portadores de transtornos mentais autores de injusto penal em Rio Branco-AC.....	118
3.1.2 Contextualização do hospital de saúde mental do Acre – HOSMAC e das unidades penitenciárias de Rio Branco.....	121

3.2 DIGNIDADE, TRANSTORNO MENTAL E DELITOS.....	128
3.2.1 As várias faces do discurso jurídico e os conceitos de loucura e dignidade.....	130
3.2.2 O discurso médico quanto à medida de segurança.....	143
3.3 RECONHECENDO A CIDADANIA E A DIGNIDADE DO LOUCO INFRATOR.....	148
3.3.1 Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ).....	151
3.3.2 Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).....	154
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS.....	167
ENTREVISTAS COLETADAS.....	169
ANEXOS.....	170
Anexo A - Declaração dos direitos das pessoas deficientes mentais.....	170
Anexo B - Relação de pacientes judiciários em medida de segurança de internação durante o curso da pesquisa.....	172
Anexo C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	174
Anexo D - Roteiro da entrevista semiestruturada.....	176
Anexo E - Transcrição das entrevistas realizadas com os promotores de justiça..	177
Anexo F - Transcrição das entrevistas realizadas com os defensores públicos.....	188
Anexo G - Transcrição das entrevistas realizadas com os magistrados.....	207
Anexo H - Transcrição das entrevistas realizadas com os médicos psiquiatras....	232
Anexo I - Poema a casa dos mortos.....	250

À GUISA DE INTRODUÇÃO

A medida de segurança, prevista na legislação penal brasileira, é a forma legal que o legislador encontrou para tratar os doentes mentais que transgridem a lei penal. Trata-se de espécie de sanção penal fundada na real ou presumida periculosidade do agente, com a intenção de obstar-lhe a repetição de ilícitos criminais, pois, uma vez apurada a prática do injusto criminoso (com a solução da autoria e materialidade), o resultado direto é a imposição de medida restritiva da liberdade do indivíduo em instituição de custódia e tratamento médico.

A par disso, o ordenamento jurídico brasileiro adota como fundamento a dignidade da pessoa humana, que deve permear nas normas de Direito Penal e de Processual Penal, reivindicando a humanização do rigor penal e impedindo penas e medidas de segurança cruéis, humilhantes, infamantes, degradantes e perpétuas. Dessa forma, como pena que é, a medida de segurança deve submeter-se às mesmas garantias e limitações estabelecidas no tocante à aplicação e à fixação das penas.

Na prática, quando da aplicação da medida de segurança de internação ao portador de transtorno mental autor de injusto penal, há situação de violação flagrante aos Direitos Humanos. A forma/local de cumprimento da medida é, no comum das vezes, inadequada (locais insalubres e destituídos de estrutura médica que auxiliem no tratamento do doente), imprimindo ao doente mental tratamento verdadeiramente desumano. E mais: na medida em que a legislação penal não delimita o tempo máximo da medida de segurança, sua execução ofende a liberdade e a dignidade da pessoa humana, por se caracterizar autêntica prisão perpétua.

A política de saúde mental no Brasil obteve grandes avanços com a Lei n. 10.216/01, sendo necessário agora analisar a posição da Justiça Criminal em face do que a reforma psiquiátrica pretende para os portadores de transtornos mentais.

A presente dissertação aborda um estudo de caso no qual se analisa a forma como é aplicada e executada a medida de segurança aos portadores de transtornos mentais, autores de delito na cidade de Rio Branco-AC, no período de 2005 a 2010, demonstrando a situação do sistema atual de execução da medida de segurança de internação na Capital do Estado do Acre em face do princípio da dignidade da pessoa humana.

Diferentemente de outros Estados da federação, no Estado do Acre nunca foi construído manicômio judiciário, nem hospital de custódia, para tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais autoras de injusto penal. Isto, sem dúvida, pode configurar um desenvolvimento de políticas públicas estreitamente amparadas pelo desenvolvimento da forma de tratamento do portador de transtorno mental. Entretanto, quando a questão é vista sob olhar mais atento, vê-se que a conclusão inicialmente apresentada é lacunosa.

Nesse contexto, pretende-se apontar as contradições da medida de segurança como resposta penal do Estado ao indivíduo infrator acometido de transtorno mental, na perspectiva humanista do direito. A pesquisa foi realizada apontando as razões da existência da medida de segurança, conceituando-a e apresentando os princípios a ela aplicáveis, destacando a necessidade de agir sob o amparo do princípio da dignidade da pessoa humana, e fazendo análise crítica quanto à necessidade de sua aplicação, bem como quanto à forma e ao tempo de cumprimento das medidas, apresentando possíveis alternativas de melhoria do sistema.

Faz-se necessário volver um olhar crítico para o tratamento extremista que se esta dando ao direito penal, utilizando-o como tábula rasa de proteção à segurança em atitude tão desagregadora que acaba por deixar lacônica a situação do indivíduo portador de transtorno mental considerado doente pela ciência médica. Afinal, mesmo a ciência médica apontando o problema da saúde, acaba-se quase que ignorando esta visão médico-científica e se deposita nas mãos do direito penal a responsabilidade plena da resolução do problema dos atos praticados pelo portador de transtorno mental que, em certo momento, tenha colocado em risco a segurança social.

A par de dados da Organização das Nações Unidas (ONU) indicarem que milhões de pessoas no mundo têm transtornos mentais, havendo uma estimativa de que uma a cada quatro pessoas experimentará algum tipo de transtorno mental ao longo de sua vida e que isso, por si só, já motivasse o interesse pela pesquisa, outros motivos justificam-na.

Primeiro, pelo interesse que pode suscitar nas pessoas que se relacionam de alguma forma com o tema. Segundo, pela sua estreita ligação com as garantias individuais e com a dignidade da pessoa humana, importantes temas constitucionais por vezes esquecidos pelos aplicadores do Direito. Por fim, por razões de ordem profissional, uma vez que a pesquisadora, como Defensora Pública no Estado do Acre (com atuação principal na área criminal), após trocar experiências com outros

profissionais da área jurídica que laboram em processos cujos réus, autores dos delitos, são portadores de transtornos mentais, verificou a necessidade de se imprimir real mudança de atitude frente à execução das medidas de segurança.

Desde o princípio da dissertação, para boa compreensão do tema aqui proposto, justifica-se, sob o amparo do livro de recursos da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre saúde mental, direitos humanos e legislação, editado em 2005, a utilização do termo portador de “transtorno mental”, em vez de deficiente mental, porque esse é cientificamente a nomenclatura correta e empregada pelos anais médicos-psiquiátricos, eis que não se deve confundir o deficiente ou retardado mental (aquele que apresenta alguma disfunção que dificulte seu convívio social) do doente mental portador de patologias psicóticas ou esquizofrênicas.

Para alcançar o objetivo do trabalho, utilizou-se de mais de um método de pesquisa e de procedimento, baseando-se, assim, na ideia do “pluralismo metodológico” de Reale (2002, p. 84), na medida em que serão extraídos conteúdos de diversas disciplinas na tentativa de assegurar a compreensão, em profundidade, do fenômeno em análise.

Tratando-se de pesquisa empírica, utilizou-se, como método ou estratégia de pesquisa primordial, o estudo de caso. A escolha do estudo de caso como método de pesquisa justificou-se por este proporcionar, como leciona Chizzotti (2005, p. 102) a apresentação de múltiplos aspectos que envolvem o problema, situando-o no contexto em que ele acontece, na medida em que o caso é tomado como marco justificativo para análise da situação, retratando, não apenas a realidade vivida, como também a variedade de aspectos globais presentes em uma dada situação.

No mesmo sentido, Gil (1999) esclarece que o método do estudo de caso é considerado um tipo de estudo aprofundado, que permite conhecimento amplo e detalhado de determinado tema, constituindo-se como método de investigação utilizado para estudar fenômenos contemporâneos, dentro de um contexto de vida real, sobretudo quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto estudado não é claramente evidente, apresentando diversos pontos que devem ser considerados, visando a explorar situações da vida real, descrevendo o contexto em que a pesquisa se insere e, também, buscando explicar toda a complexidade que influencia o tema abordado.

A primeira fase da pesquisa constituiu-se na coleta de dados, realizada através da investigação bibliográfica e documental em material - nacional e estrangeiro – constituído, principalmente, de livros, artigos científicos, fontes legislativas,

jurisprudências, bem como sentenças judiciais e relatórios de execução de penas provenientes das Varas Criminais e da Vara de Execução Penal (VEP) de Rio Branco-AC, além de dados obtidos no Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC) e por meio da administração penitenciária junto ao Instituto de Administração Penitenciária do Estado do Acre (IAPEN) e Unidades de Recuperação Social Francisco de Oliveira Conde (URS/FOC) e Antônio Amaro (URS/AA).

O segundo momento da investigação empírica consistiu nas visitas às unidades penitenciárias, onde são cumpridas as medidas de segurança no Acre e ao Hospital de Saúde Mental do Estado do Acre, para que fosse feita observação direta do cotidiano dos portadores de necessidades especiais.

Em seguida, foram realizadas entrevistas objetivando o levantamento de informação junto a magistrados, promotores de justiça, defensores públicos, médicos psiquiatras quanto à questão da aplicação da medida de segurança ao portador de transtorno mental na cidade de Rio Branco.

A forma de trabalhar deu-se a partir da análise de conteúdo com o objetivo de formular categorias de análise. Foram transcritas, então, todas as entrevistas realizadas. Essa maneira de abordar o conteúdo das entrevistas com os juízes criminais, promotores de justiça, defensores públicos e médicos psiquiatras permitiu, mediante abordagem qualitativa, obter as conclusões correspondentes aos dados coletados, apontando algumas falas e estabelecendo relações com o conceito de tratamento, liberdade, segregação, igualdade, exclusão social, dignidade, dentre outros.

Frisa-se que a escolha da avaliação qualitativa do resultado, como estratégia de análise das informações coletadas, é condizente com os objetivos do trabalho, uma vez que ela busca soluções para os aspectos que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado.

Para análise do material coletado, foram utilizados os métodos hermenêutico e a análise do conteúdo. A escolha do primeiro ocorre em razão da necessidade de interpretação dos textos jurídicos normativos, jurisprudenciais e doutrinários, bem como de regulamentos administrativos produzidos pelo Instituto Penitenciário do Acre (IAPEN) e Vara de Execuções Penais (VEP). A hermenêutica, conforme conceito de Maximiliano (1998, p.1), é a teoria científica de interpretar, daí a utilização do método hermenêutico jurídico para interpretação da lei e das decisões judiciais coletadas.

O segundo método de investigação a ser utilizado – análise de conteúdo – justifica-se porque, partindo da concepção extraída em Richardson (1999), ela é

utilizada para estudar material do tipo qualitativo, tratando de compreender melhor o discurso e extrair os momentos mais importantes, não constituindo método rígido, permitindo, dessa forma, a construção de conclusões por vias que não são previamente determinadas.

A partir do material levantado, foi possível construir um texto com enfoque na percepção da relação entre a teoria e a prática da aplicação da medida de segurança e o princípio da dignidade da pessoa humana, possibilitando dar aos membros do sistema de justiça acriana maior familiaridade com problema, na medida em que ele se torna mais explícito à comunidade jurídica, contribuindo, por fim, com a difusão de novas ideias para tratamento e solução do problema.

Na primeira parte deste trabalho (*1 - Transtorno mental e o princípio da dignidade da pessoa humana no ordenamento jurídico brasileiro*), cuida-se da apresentação da concepção da dignidade da pessoa humana e da sua recepção no ordenamento jurídico brasileiro, em que a ideia é partir da noção de dignidade da pessoa humana, construída ao longo da história, utilizando, para tanto, pesquisa feita por Pelé (2006), no seu doutoramento em Madrid, de forma a alcançar a noção universalista trazida pelo conceito kantiano da dignidade e afirmada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), tudo com apoio na revisão do tema feita por Peces-Barba (2003) e, em âmbito nacional, por Sarlet (2009a; 2009b).

Em seguida, busca-se apresentar o portador de transtorno mental, anotando a história da loucura, com base na obra de Foucault (1977; 2009), a análise da situação especial do louco infrator, passando pelo manicômio judiciário, com apoio na obra de Carrara (1998) e de Goffman (2010), levantando a problematização da invisibilidade social deste grupo para fazer enxergar a necessidade de conferir-lhe tratamento digno.

Por fim, o fechamento do capítulo inicial é feito mediante a apresentação dos principais instrumentos nacionais e internacionais de proteção dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais. Faz-se a análise da compatibilização entre as jurisdições nacional e internacional em matéria de direitos humanos e da forma de incorporação dos tratados internacionais de direitos humanos no ordenamento brasileiro, verificando-se a adesão do Brasil às Cortes Internacionais e analisando-se a normatização internacional e nacional na proteção dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais, com destaque para o que a Constituição Federal, o Código Penal, outros atos normativos e, em especial, a lei da saúde mental, pontuam sobre a matéria.

O segundo capítulo (2 - *O lugar da loucura no direito penal brasileiro*) versa acerca da demonstração da efetividade ou não da legislação penal ante a Reforma Psiquiátrica, discutindo-se a desconstrução do modelo judiciário atual para substituir a execução das medidas de segurança detentivas por alternativas que possibilitem garantir ao doente mental infrator o efetivo direito à saúde, nos moldes dos serviços preconizados pela psiquiatria.

Primeiramente, apontam-se os antecedentes históricos que levaram à criação das medidas de segurança do direito comparado e do direito brasileiro, isso com base nas anotações de Andrade (2004) e, depois, analisam-se os pressupostos para aplicação da medida de segurança. Em seguida, explicita-se a finalidade da medida de segurança, valendo-se da doutrina penal e das críticas empreendidas por diversos autores contemporâneos, dentre os quais, Cohen (2006), Souto (2004; 2007) e Ferrari (2001). Por fim, fazem-se algumas reflexões relacionadas ao modelo hospitalocêntrico, com base na crítica ao manicômio judiciário empreendida pelo Movimento da Luta Antimanicomial e com apontamentos feitos, em especial, nas obras de Castro (2004), Mattos (2006), Amarante (1994; 1995; 1996; 2007) e Basaglia (1985), tudo para demonstrar a incongruência existente entre a legislação penal e a legislação de saúde mental, o que pode levar a concluir pela necessidade de substituir a aplicação das medidas de segurança detentivas por alternativas outras que possam garantir ao doente mental infrator o efetivo direito à saúde. E o capítulo se encerra com breve análise dos 10 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Importa ressaltar que a escolha do uso da nomenclatura injusto penal no lugar de infração penal justifica-se porque aquela expressão encontra respaldo no âmbito da precisão científica do termo, eis que sendo o crime um fato típico, antijurídico e culpável, e, considerando ainda que a avaliação da culpabilidade pressupõe a imputabilidade, na medida em que o portador de transtorno mental é considerado inimputável, ele não é culpável e, assim, não pode ser autor de crime, tecnicamente falando.

No capítulo final do trabalho (3 – *A dignidade do louco infrator na cidade de Rio Branco-AC*) responde-se à pergunta a que esta pesquisa se propôs a resolver: a aplicação da medida de segurança aos portadores de transtornos mentais autores de delito, na cidade de Rio Branco-AC, atende ou viola o princípio da dignidade da pessoa humana?

Para tanto, faz-se, inicialmente, a análise dos processos da execução das medidas de segurança de internação dos pacientes judiciários em Rio Branco no período assinalado na pesquisa, em seguida procede-se com sucinta descrição e análise do Hospital de Saúde Mental do Acre e das unidades penitenciárias de Rio Branco-AC, apontando a situação estrutural de funcionamento destas instituições e esclarecendo como elas tratam os portadores de transtornos mentais autores de ilícitos. Os dados foram coletados junto ao Instituto Penitenciário do Estado (IAPEN), à Vara de Execuções Penais (VEP) e ao próprio Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC).

Para consolidação da visão dos atores públicos que lidam com o tema foram realizadas entrevistas com juízes criminais, promotores de justiça, defensores públicos e médicos psiquiatras. Ainda, após a identificação e a análise dos processos criminais que culminaram na aplicação da medida de segurança, no período de 2005 a 2010, observou-se como a medida foi aplicada, e, por fim, foram apresentadas algumas situações contra-hegemônicas em que o tratamento dado ao louco infrator é feito com base no princípio da dignidade da pessoa humana, como o que é desenvolvido pelo programa de atenção integral ao paciente judiciário de Minas Gerais, pioneiro no país a tratar o portador de transtorno mental autor de injusto com base nos pilares da inclusão social e na interdisciplinaridade.

1 TRANSTORNO MENTAL E O PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

De início, faz-se necessário demarcar a escolha com relação à nomenclatura bastante utilizada ao longo desta dissertação: o conceito de transtorno mental.

Conforme se observa através das leituras de bibliografias relativas ao tema, vários são os termos que são utilizados como sinônimos, quais sejam, transtorno, distúrbio, deficiência, enfermidade e doença, combinados, respectivamente, com termos mental, psíquico e psiquiátrico, para descrever qualquer anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica ou mental. Esta uniformização dos termos, contudo, não está correta. O doente e o deficiente mental não são nomenclaturas sinônimas para indicar a mesma problemática, pois de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV) que classifica as doenças é preciso diferenciar estes termos.

O deficiente mental não é o inimputável que será submetido à medida de segurança, ele não tem qualquer alteração no seu nível de consciência, ele não é esquizofrênico nem paranóico. O deficiente mental é tão somente a pessoa que possui certo atraso no nível intelectual, acompanhado de limitações significativas no desenvolvimento das funções necessárias para compreender e interagir com o meio social, havendo a possibilidade do comprometimento de algumas áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.

Por sua vez, o doente mental possui todas as funções fisiológicas para interagir com o meio social, no entanto, essas funções existentes ficam comprometidas pelos fenômenos psíquicos aumentados ou anormais, como neuroses e psicoses. Alguns exemplos de doenças mentais são depressão, TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), transtorno bipolar e esquizofrenia.

A psiquiatria e a psicologia preferem o uso do termo “transtorno” em vez de “doença”, porque apenas poucos quadros clínicos mentais apresentam todas as características de doença no sentido tradicional do termo - isto é, o conhecimento exato dos mecanismos envolvidos e suas causas explícitas. O conceito de transtorno, ao

contrário, implica comportamento diferente, desviante, "anormal". Os documentos clínicos internacionais, em sua maioria, evitam o uso do termo “doença mental”, preferindo empregar em seu lugar “transtorno mental”.

O livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação (FUNK; DREW; e SARACENO, 2005, p. 27) preconiza que definir o que é o transtorno mental engloba muitos fatores a serem analisados pela legislação nacional, cada uma fixando os limites exatos dos transtornos mentais, ampliando, ou não, o rol a ser positivado e submetido aos benefícios da legislação. A definição de transtorno mental depende, assim, do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades.

De modo geral, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS/ONU, os transtornos mentais e comportamentais são entendidos como as condições caracterizadas por alterações do modo de pensar ou do humor (emoções) e por alterações do comportamento associadas à angústia expressiva ou deterioração do funcionamento psíquico global. A Classificação Internacional das Doenças da OMS da ONU (CID-10)¹ indica que estes transtornos obedecem às descrições clínicas e normas de diagnóstico e compõem uma lista bastante completa, englobando transtornos orgânicos, transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia, transtornos de humor, transtornos neuróticos (incluindo fobias, pânico, ansiedade generalizada, dentre outros), anorexia, bulimia, transtornos de personalidade, retardo mental, transtornos de desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento, dentre outros.

No corpo do texto da CID-10 não se encontra o uso dos termos “enfermidade” e “doença”, sendo empregado tão somente o de “transtorno”. A enfermidade mental, o retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), os transtornos de personalidade e a dependência de substâncias estariam, no entanto, abrangidos pelo termo transtorno mental em algumas legislações. O termo “deficiência mental”, como já dito, muitas vezes é considerado *erroneamente* uma alternativa ao uso da terminologia transtorno mental. Entretanto, o termo deficiência é mais abrangente e envolve questões de debilidade e restrições de capacidade mais

¹ Conferir a versão inglesa da World Health Organization (WHO) - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - Chapter V – Mental and behavioural disorders (F00-F99). Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>>. Acesso em 19 jul. 2011. E disponível em português em: <<http://www.medicinanet.com.br/cid10/f.htm>>. Acesso em 19 jul. 2011.

presentes em um conceito médico do que no conceito psiquiátrico, incluindo, assim, um maior número de pessoas no âmbito da legislação de saúde mental. Por outro lado, o termo “incapacidade mental”, também usado, é um conceito mais restrito do que o de transtorno mental e se baseia na “[...] incapacidade do indivíduo, conforme determinada pelo quadro de médicos e de outros profissionais, de compreender a natureza da questão em pauta (por exemplo, com respeito ao tratamento ou à admissão), avaliar os benefícios dessa questão, fazer uma opção e comunicá-la”. Algumas legislações, por sua vez, usam o termo “insanidade mental”, embora não se verifique definição uníssona do termo. Na verdade, “insanidade mental” é definida como a ausência de sanidade mental, e esta fluidez do termo permite, à legislação que a adota, a amplitude conceitual. (FUNK; DREW; e SARACENO, 2005, p. 30-31).

No Brasil, o Projeto de Lei nº 6013/01², de autoria do deputado Jutahy Junior (PSDB-BA), visa a acrescentar dispositivos à Lei nº 10.216/01, conceituando e padronizando a denominação transtorno mental como enfermidade psíquica em geral e assegurando aos portadores desta patologia o direito a diagnóstico conclusivo, conforme a classificação internacional. O projeto, seguindo os parâmetros da classificação internacional das doenças, determina que transtorno mental é a denominação adequada para designar o gênero enfermidade mental e substitui termos anteriormente empregados na legislação como “alienação mental”, além de outros equivalentes.

Diante do exposto, fica claro que a escolha do termo “transtorno mental”, empregado nesta pesquisa, não acontece sem motivo, pois se trata, segundo a legislação, do nome mais correto a ser empregado pela sua adequação técnica.

Ainda, considerando que o termo “loucura”, utilizado vastamente na obra de Foucault, ocupa hoje um lugar simbólico que demonstra toda a exclusão que recai sobre os sujeitos loucos, este conceito será utilizado em alguns momentos do texto com a intenção de chamar a atenção do leitor para a situação social do sujeito, sendo algumas vezes ligado à questão infracional e, por isso, empregado o termo “louco infrator”.

Como se observará nesse primeiro capítulo, há muito a sociedade vem desenvolvendo a preocupação tanto com relação aos indivíduos portadores de transtornos mentais, como em relação aos seus direitos civis (COHEN, 2006, p. 17),

² O parecer conclusivo do Projeto de Lei nº 6.013/01 foi aprovado em unanimidade pela Câmara dos Deputados em 17/05/2009 e remetido ao Senado Federal em 02/06/2006 e foi encaminhado para a Comissão de Direitos Humanos da Casa, aguardando para ser colocado em pauta na comissão, desde 05/07/2011. Disponível em: <<http://camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=42755>> e <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=91507>. Acesso em 19 jul. 2011.

pois o portador de transtorno mental é plenamente humano, merecendo toda a salvaguarda legal para a proteção de seus direitos e para o recebimento de um tratamento pautado no princípio da dignidade da pessoa humana.

Não resta dúvida de que a grande revolução da humanidade, em perspectiva global, é a afirmação do ser humano como centro de decisão da organização coletiva. A construção deste conhecimento, contudo, como se verá no decorrer deste capítulo, foi feita paulatinamente através da história, culminando com noção de que a dignidade humana é o reflexo do progresso moral que consiste em reconhecer na pessoa um valor inerente em torno do qual se estruturariam as organizações sociais e políticas, não cabendo qualquer distinção ou discriminação entre os seres humanos, sejam eles sujeitos sãos ou portadores de transtornos mentais.

1.1 CONCEPÇÃO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A compreensão da análise da forma como a medida de segurança vem sendo aplicada no Estado do Acre, que será apresentada no terceiro capítulo deste trabalho, exige, preliminarmente, o estudo da concepção do princípio da dignidade da pessoa humana ao longo da evolução da humanidade.

Em um primeiro momento, portanto, uma leitura histórica do fundamento da dignidade da pessoa humana revela que sua compreensão tem origem que remonta ao pensamento clássico de Platão e à filosofia estoica de Cícero³, tendo sido recepcionada pelo direito canônico e se desenvolvido nos séculos seguintes, passando a integrar as ordens jurídicas nacionais e internacionais a partir do século XX.

No período clássico da filosofia grega, tanto os sofistas quanto Sócrates, rejeitavam a explicação religiosa da realidade. Os sofistas justificavam os princípios morais nas convenções sociais e Sócrates procurava descobri-los na natureza. Com efeito, na antiguidade clássica, verifica-se que, em regra, a dignidade (*dignitas*) da pessoa humana estava relacionada à posição social ocupada e ao grau de

³A breve revisão histórica feita nesta seção sobre o conceito de dignidade humana teve aporte essencial na tese de doutorado produzida por Antonio Pelé intitulada *Filosofia e historia en el fundamento de la dignidade humana*, apresentada junto à Universidad Carlos III, de Madrid, em 2006. Nessa pesquisa, o autor revela que, para Platão, a dignidade não era algo inerente ao ser humano, mas sim um valor adquirido através de um lento processo de conhecimento sobre o mundo e sobre si mesmo, se o homem quer ser livre e sair do estado de ignorância, deve buscar o conhecimento verdadeiro. (PELE, 2006, p. 25-26 e 36). Analisa, ainda, que o filósofo estoico Cícero conferiu à dignidade sentido mais amplo, fundado na natureza humana e na posição superior ocupada pelo ser humano no *cosmos*. (PELE, 2006, p. 234).

reconhecimento pelos demais na comunidade, o que dava margem a falar em graus de dignidade.

O pensamento estóico trouxe, por sua vez, a ideia da dignidade como qualidade inerente ao ser humano, que distinguiria o homem de outros animais, dando, portanto, espaço ao reconhecimento de um sentido moral e sociopolítico a ela, lançando, assim, a ideia moderna de dignidade. Os estóicos influenciaram o cristianismo ao valorizar, na mesma medida, tanto a capacidade do homem sábio, que vive de acordo com a natureza, como a razão, em detrimento das paixões. Pode-se dizer que o estoicismo e o cristianismo, que será estudado adiante, estabeleceram as bases do jusnaturalismo moderno, ou seja, a ideia da existência de um direito natural que asseguraria a igualdade e a liberdade dos seres humanos e unificaria a ordem jurídico-moral com a própria finalidade do *cosmos* ou da natureza humana.

De acordo com o pensamento cristão, por sua vez, a dignidade do homem encontra amparo no fato de que Deus o criou à sua imagem e semelhança, consoante passagem bíblica presente no livro do Gênesis:

Então Deus disse: 'Façamos o homem à nossa imagem e semelhança. Que ele reine sobre os peixes do mar, sobre as aves dos céus, sobre os animais domésticos e sobre toda a terra.' Deus criou o homem à sua imagem; criou-o à imagem de Deus, criou o homem e a mulher. Deus os abençoou: Frutificai, disse ele, e multiplicai-vos, enchei a terra e submetei-a. Dominai sobre os peixes do mar, sobre as aves dos céus e sobre todos os animais que se arrastam na terra. (Livro do Gênesis, Capítulo I, versículos 26-28)⁴.

Sob a perspectiva religiosa, de acordo com Moura (2002, p. 83), o Concílio Vaticano II, através da Constituição Pastoral sobre a Igreja no mundo atual (*Gaudium et Spes*)⁵, asseverou que “A Bíblia nos ensina que o homem foi criado à imagem de Deus, com capacidade para conhecer e amar a seu Criador e que por Deus foi constituído senhor de toda a criação visível, para governá-la e usá-la glorificando a Deus”. Assim, para a tradição judaico-cristã, a dignidade do homem é da ordem do sagrado.

⁴ Peces-Barba (2003, p. 23) utiliza esta mesma passagem para justificar que o texto bíblico já trazia ideias que estão no núcleo do conceito de dignidade, como a superioridade do homem sobre os animais e sobre a natureza, como primórdio originário da ideia do homem como centro do mundo.

⁵ Concílio Vaticano II foi o XXI Concílio Ecumênico da Igreja Católica, convocado no dia 25 de dezembro de 1961, através da bula papal "*Humanae salutis*", pelo Papa João XXIII. No dia de encerramento do Concílio, em 8 de dezembro de 1965, foi aprovada a constituição pastoral "*Gaudium et spes*" a respeito da Igreja no mundo atual.

Na Idade Média, o conceito de dignidade com inspiração cristã e estoica continuou a ser sustentado especialmente por São Tomás de Aquino, que confirmou a noção desta com fundamento na circunstância de ser o homem feito à imagem e semelhança de Deus, e também na capacidade de autodeterminação inerente à natureza humana. A visão teocêntrica do período medieval fez com que os valores religiosos impregnassem as concepções éticas.

Com o Renascentismo, surge a ideia antropocêntrica, com a figura da grandeza e da superioridade do homem em relação aos demais seres, tudo justificado pelo fato de que, sendo o homem criatura de Deus, seria dotado de capacidade de ser e obter aquilo que ele próprio quer e deseja. O fundamento dos valores não se encontrava mais em Deus, mas no próprio ser humano; o Iluminismo exalta, assim, a capacidade humana de conhecer e de agir pela “luz da razão”. Neste sentido Luther assinala que:

A capacidade do homem de levar adiante escolhas racionais é exaltada no Iluminismo, penetrando nas filosofias do jusnaturalismo (por exemplo, na de S. Pufendorf, que liga dignidade e igualdade) e do jusracionalismo (por exemplo, na de I. Kant, que conecta a dignidade à liberdade)⁶. (LUTHER, 2007, p. 300).

Ainda, sobre essa visão antropocêntrica renascentista, Peces-Barba avalia que:

A importância dessa abordagem é que ela apresenta que as dignidades são a base da ética pública que leva a ajudar os pobres e a cooperar para satisfazer necessidades humanas. Este ponto de vista será raiz na modernidade, como sustento da base da ética pública democrática, que coloca a dignidade humana como fundamento ou primeira regra de convivência em uma sociedade bem-ordenada. É a origem dos direitos sociais e do Estado-Providência⁷. (PECES-BARBA, 2003, p. 36).

Nos séculos XVII e XVIII, insiste-se na vinculação da dignidade com o pensamento, despertando nova consciência do homem a respeito de sua natureza humana. Daí se afirmar que o pensamento jusnaturalista imprime um processo de

⁶ Tradução nossa: “La capacidad del hombre de llevar a cabo elecciones racionales es exaltada en el Iluminismo, penetrando las filosofías del iusnaturalismo (por ejemplo, el de S. Pufendorf, que liga dignidad e igualdad) y del iusracionalismo (por ejemplo, el de I. Kant, que conecta la dignidad a la libertad)”.

⁷ Tradução nossa: “La importancia de este planteamiento está en que los rasgos de la dignidad son el fundamento de la ética pública que lleva a ayudar a los pobres y a cooperar para satisfacer necesidades humanas. Este punto de vista arraigará en la modernidad como sustento de la ética pública democrática, que sitúa a la dignidad humana como cimiento o regla primera de la convivencia en una sociedad bien ordenada. Es el origen lejano de los derechos sociales y del Estado social”.

laicização⁸ na concepção de dignidade da pessoa humana, estabelecendo complexa articulação entre racionalidade, autonomia e moralidade, como forma de justificar um valor intrínseco ao homem. Campoy Cervera (2005, p.145) assinala que o jusnaturalismo racionalista considera que o “[...] elemento essencial da dignidade humana era a natureza racional do homem, e que dela, dessa natureza racional, e com o uso da própria razão, se podia deduzir todos os direitos humanos”⁹.

Nesse período, embora muitos tenham sido os pensadores, destaca-se o nome de Kant¹⁰, cuja concepção de dignidade parte da noção de autonomia ou de racionalidade ética do ser humano. O primeiro postulado ético de Kant é de que só o ser racional possui a faculdade de agir conforme a representação de leis e princípios. Assim esclarece o filósofo:

O homem, e, duma maneira geral todo o ser racional, *existe* como fim em si mesmo, *não só como meio* para uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado *simultaneamente como um fim*. (...) Portanto, o valor de todos os objetos que possamos *adquirir* pelas nossas ações é sempre condicional. Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam *coisas*, ao passo que os seres racionais se chamam *pessoas*, porque a sua natureza os distingue já com fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio (e é um objecto do respeito). (KANT, 2009, p. 72).

De fato, ao construir a concepção de dignidade a partir da natureza racional do ser humano, Kant afasta a possibilidade de conferir dignidade aos seres irracionais, que passam a ter um valor relativo e, por isso, são chamados de coisas.

Kant parte da concepção de que o homem é livre e racional e, por isso, o agir moral se fundamenta exclusivamente na razão, eis que o agir moral é fruto da descoberta da racionalidade humana, capaz de identificar seu caráter universal que visa preservar a dignidade dos seres humanos. Para ele, a moralidade é consequência da

⁸ De acordo com a tradição laica, a dignidade é autônoma, não derivando de um criador, já para a tese secular cristã, até então fundamento do conceito de dignidade, a dignidade é completa, posto que envolve em uma percepção de sentidos próprios do pensamento cristão.

⁹ Tradução nossa: [...] en elemento esencial de la dignidad humana era la naturaleza racional de hombre e que de ella, de esa naturaleza racional, y con el uso de la propia razón, se podían deducir todos los derechos humanos”.

¹⁰ De acordo com Peces-Barba, a ideia da dignidade humana surge em Kant em sua obra Fundamentação da Metafísica dos Costumes, datada de 1785. (PECES-BARBA, 2003, p. 56).

liberdade que conduz à autonomia, conferindo ao ser humano um valor absoluto, fim em si mesmo, porque dotado de razão. A autonomia racional do homem é a raiz de sua dignidade, pois é ela que faz do homem um fim em si mesmo. Neste sentido afirma:

No reino dos fins, tudo tem um **preço** ou uma **dignidade**. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra coisa como *equivalente*; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade. [...] Esta apreciação dá pois a conhecer como dignidade o valor de uma tal disposição de espírito e põe-na definitivamente acima de todo o preço. Nunca ela poderia ser posta em cálculo ou confronto com qualquer coisa que tivesse um preço, sem de qualquer modo ferir a sua santidade. (KANT, 2009, p. 82-83).

Verifica-se, portanto, que, para Kant, a dignidade se diferencia do valor monetário corrente ou do valor afetivo, sendo completamente diferente de um valor material semelhante a outros. Neste sentido, conforme assinala Bielefeldt (2000, p. 83) “A dignidade de uma pessoa não pode ser mediatizada pelo conjunto de uma escala de valores objetivos, mas é fundamentada na autonomia moral da pessoa como condicionante da possibilidade dos valores materiais”.

Como observou Pelé (2006, p. 17), Kant proporcionou o florescimento da dignidade humana, acelerando seu processo de individualização, na medida em que fundamenta a dignidade não mais na natureza humana, mas no princípio supremo da autonomia individual, afirmando expressamente que “[...] a autonomia é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional”. (KANT, 2009, p. 84).

Essa concepção kantiana acaba conectando dignidade, liberdade, autonomia e moralidade, exigindo o reconhecimento do outro como o outro, o respeito de sua dignidade como ser livre e autônomo, repudiando toda e qualquer “[...] espécie de coisificação e instrumentalização do ser humano”. (SARLET, 2009a, p. 40).

Posteriormente, já nos séculos XIX e XX, surgiram inúmeras críticas à razão iluminista kantiana, afirmando que a fórmula até então apresentada era vazia e carente de sentido. Em outras palavras, segundo os críticos, a ideia abstrata de dignidade preconizada por Kant corre o risco de carecer de conteúdo prático. Entre esses críticos, merece destaque a ideia desenvolvida por Hegel na sua Filosofia do Direito, o qual aduz que a dignidade constitui também uma qualidade a ser conquistada, sustentando a noção de que o ser humano não nasce digno, mas torna-se digno quando assume sua condição

de cidadão. Além dele, ressalta-se o pensamento de diversos autores que dão ênfase à dimensão histórico-cultural da dignidade, como é o caso de Niklas Luhmann e Peter Härbele, além de Marx, que concebem a dignidade apenas uma conquista histórica do homem. (SARLET, 2009a, p. 40-42; MAURER, 2009, p.126).

Assim, começaram a surgir desacordos de entendimento quando essa ideia é traduzida em aspectos mais concretos da vida social e política como, por exemplo, ter certa classe de direitos e possibilidades (certos trabalhos, certo nível educativo, certas relações sociais etc.).

De modo geral, as críticas à fórmula kantiana de dignidade se concentram na ênfase de que a dignidade não é inerente ao ser humano (o homem não nasce digno), mas sim é qualidade a ser conquistada, sendo ficção moral, política e, em especial, jurídica que se predica de todos os membros da espécie humana, mas de maneira particularizada, ou seja, não caberia a dignidade universal, vez que as sociedades são diversas, formadas por homens e situações históricas e sociais distintas. Assim, são os Estados, em particular os constitucionais respeitosos dos direitos e das liberdades, que criam o princípio jurídico-político da dignidade humana.

No entanto, abandonar o caráter naturalista, abstrato e universalista da dignidade humana em prol do conceito utilitarista, concreto e particularizado, revela-se problemático, pois, o risco que se corre por esse caminho é o de desfigurar por completo a própria ideia de “dignidade humana”, na variedade infinita de dignidades particulares, de tal forma que ela ficaria reduzida a questões determinadas, pontuais, cotidianas e até irrelevantes.

Apesar das constantes críticas, a verdade é que a doutrina jurídica mais expressiva ainda hoje identifica, nas raízes kantianas, as bases da fundamentação e conceituação da dignidade da pessoa humana. Isso pode ser justificado porque, segundo Bielefeldt:

A realidade da vida, vivências, vivacidade prática e capacidade de julgamento estão implícitos na reflexão moral de Kant, de tal maneira que a censura feita por Hegel ao universalismo de Kant, acusando-o de abstrato e vazio, e que prossegue até hoje com o debate comunitarista, não passa de compreensão errônea de sua filosofia. (BIELEFELDT, 200, p. 75).

Esta conclusão pode ser feita na medida em que o imperativo categórico formulado por Kant estabelece como princípio “Age a respeito de todo o ser racional

(de ti mesmo ou de outrem) de tal modo que ele na tua máxima valha simultaneamente em si a sua própria validade universal para todo ser racional” (KANT, 2009, p. 86), impondo respeito à dignidade humana e permitindo a convivência pacífica entre os diversos povos e culturas.

Com a chegada da modernidade, a Declaração Universal dos Direitos Humanos universaliza a noção de direitos humanos e, segundo Sorto (2008, p. 20) “[...] devolve o ser humano ao seu devido lugar, isto é, ao centro do processo normativo e protetor, dando-lhe, a titularidade e a subjetividade no plano internacional”. De certa forma, pode-se afirmar que a Declaração consolida a concepção de dignidade humana tal qual disposto na matriz kantiana (homem como fim), centrando a dignidade na autonomia e no direito de autodeterminação da pessoa. (SARLET, 2009b, p. 22).

O termo dignidade sai, assim, do campo da filosofia e atravessa o campo da política, chegando, no século XX, ao direito constitucional através das constituições européias e das declarações internacionais de direitos humanos, convertendo-se em um princípio jurídico comum.

De acordo com Peces-Barba (2003, p. 12), a dignidade humana tornou-se o “[...] fundamento da ética pública e da modernidade, como um *prius* dos valores políticos e jurídicos e dos princípios que derivam destes valores”¹¹ e, assim, a razão da existência dos direitos fundamentais consistiria na defesa e no desenvolvimento dessa noção.

Em sua acepção moderna, portanto, a dignidade expressaria tanto a “dignidade da pessoa” efetivamente, ou seja, o reconhecimento de um valor inerente e absoluto a cada pessoa considerada como um indivíduo autônomo, como o conceito de “igual dignidade”, isto é, o reconhecimento de uma igualdade entre estes indivíduos autônomos, com a proibição de condutas discriminatórias, baseada em razões culturais ou naturais, e com a exigência de uma atitude moral de respeito às pessoas.

Conforme aduz Sarlet:

[...] o reconhecimento e proteção da dignidade da pessoa pelo Direito resulta justamente de toda uma evolução do pensamento humano a respeito do que significa este ser humano e de que é a compreensão do que é ser pessoa e de quais os valores que lhe são inerentes que acaba por influenciar ou mesmo determinar o modo pelo qual o Direito reconhece e protege esta dignidade. (SARLET, 2009b, p. 16).

¹¹ Tradução nossa: “[...] fundamento de la ética pública de la modernidad, como un *prius* de los valores políticos y jurídicos y de los principios que derivan de esos valores”.

Sem dúvida, atualmente, uma das acirradas críticas tanto ao pensamento de Kant, quanto a todas as concepções que sustentam que a dignidade é atributo exclusivo do ser humano, é a do antropocentrismo excessivo que esta conceituação confere, principalmente na época contemporânea na qual os discursos de preservação do meio ambiente (flora e fauna) são colocados na linha de frente. Ocorre, no entanto, que observando friamente a questão, como o fez Sarlet, pode-se afirmar que:

[...] nesta perspectiva a dignidade da pessoa humana (independentemente, no nosso sentir, de se aceitar, ou não, a tese da dignidade da vida não-humana) há de ser compreendida como um conceito inclusivo, no sentido de que a sua aceitação não significa privilegiar a espécie humana acima de outras espécies, mas sim, aceitar que do reconhecimento da dignidade da pessoa humana resultam obrigações para com outros seres e correspondentes deveres mínimos e análogos de proteção. (SARLET, 2009a, p. 39).

Ressalta-se, por fim, que muito embora para vários países europeus e também não europeus, o significado da concepção da dignidade da pessoa humana continue sendo tema controvertido e passível de críticas e, mesmo que não se deva subestimar o atual tema do multiculturalismo¹² - uma vez que, realmente, há valores que são particulares e devem ser objeto de respeito na medida em que não conflitem com os valores universais - como afirma Sorto (2008, p. 12), a ideia da existência da dignidade humana apoiada no caráter intangível persiste. Não havendo como negar que a dignidade humana seja “[...] um princípio basilar e incontornável de nossa ordem política democrática”, e “[...] um veículo indispensável de expressão da indignação (e diria mesmo repugnância) que sentimos diante do sofrimento infringido aos nossos semelhantes”. (RABENHORST, 2002, p. 115).

¹² A corrente multiculturalista dos direitos humanos entende que a adoção da corrente do universalista conforme concebida e erigida na Declaração Universal dos Direitos Humanos é insuficiente porque ela consagra a concepção de um ser abstrato, em um determinado estágio de civilização, e uma linguagem normativa comum, a qual possa servir de base para uma prática de justificação, aceitável para todos, ligando uma cadeia de legitimação igualmente vinculante para todos, ao passo que a cultura é o processo acumulativo resultante de toda a experiência histórica das gerações anteriores. Esta pesquisadora entende, entretanto, que a dignidade não pode ser relativizada e, por isso, embora se conviva com as diferenças culturais, é preciso manter o caráter universal da dignidade de modo que esta seja reconhecida a todos, indistintamente. Peces-Barba (2007b, p. 178) falando sobre dignidade e *universalismo* x *multiculturalismo*, esclarece que: “El multiculturalismo de las razas e los sexos es perfectamente compatible con la igual dignidad y no choca con la ética pública, ni con el universalismo de sus valores, principios y derechos. El multiculturalismo de las diferencias culturales tampoco choca, em principio, si respeta el límite de la igual dignidad, aunque puede traspasarlos con usos culturales propios, excesivos, irracionales o extravagantes, como la ablación del clítoris, el derecho a castigar y golpear a las mujeres, reconocido en algunas culturas, la lapidación de las adúlteras o la mutilación de la mano para los ladrones.”

1.1.1 Previsão constitucional do princípio da dignidade da pessoa humana

Convém esclarecer que os princípios, de um modo geral, transmitem a ideia de núcleo do próprio ordenamento jurídico, de comando nuclear de um sistema e são, segundo a clássica lição, mandamentos, verdadeiros alicerces, disposições fundamentais que se irradiam sobre diferentes normas, compondo-lhes o espírito e servindo de critério para sua exata compreensão e inteligência, exatamente por definir a lógica e a racionalidade do todo normativo, no que confere a tônica a dar sentido harmônico.

Após a Segunda Grande Guerra (1939-1945), o Direito Internacional dos Direitos Humanos, efetivamente, se consolida como resultado da união dos representantes dos governos dos EUA, Reino Unido, URSS e China, que lançaram as bases para a nova organização internacional, visando a evitar a repetição das atrocidades cometidas durante a guerra, em projeto inicial que se tornou, depois, a Carta das Nações Unidas.

A propósito, como bem leciona a professora Piovesan, diante da ruptura "[...] do paradigma dos direitos humanos, através da negação do valor da pessoa humana como valor fonte do Direito", passou a emergir "[...] a necessidade de reconstrução dos direitos humanos, como referencial e paradigma ético que aproxime o direito da moral". (PIOVESAN, 2010, p. 122).

Nesse panorama, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), proclamada pelas Nações Unidas, cumpriu um papel extraordinário na história da humanidade, proporcionando base legislativa às lutas políticas pela liberdade e inspirando a maioria das Constituições nacionais na positivação dos direitos da cidadania, o que modificou o sistema "westfaliano" das relações internacionais, que tinha como atores exclusivos os Estados soberanos, conferindo à pessoa física a qualidade de sujeito do Direito, além das jurisdições domésticas.

Sem embargo, o princípio da dignidade da pessoa humana adquiriu contornos universalistas, desde que a Declaração Universal dos Direitos Humanos o concebeu em seu preâmbulo¹³. Em sequência, o seu artigo 1º proclamou que todos os seres humanos

¹³Declaração Universal dos Direitos Humanos concebeu em seu preâmbulo: "Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo... Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos do homem e da mulher, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla".

nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e consciência, devem agir uns para com os outros em espírito e fraternidade.

Assim, com o amadurecimento evolutivo desse processo, os direitos humanos passaram a transcender os interesses exclusivos dos Estados para salvaguardar, internamente, os interesses dos seres humanos protegidos, que se tornaram o núcleo de toda ordem jurídica no ocidente, sendo que a defesa dos direitos fundamentais se tornou valor que as sociedades queriam preservar, resultando disso novo paradigma de interpretação constitucional, cuja hermenêutica teve maior foco na efetividade na proteção dos valores escolhidos, principalmente porque transformados em princípios.

Acerca desta garantia constitucional da dignidade humana, Luther assevera que:

A garantia constitucional da dignidade da pessoa pode ser interpretada como o fundamento de um valor que, por um lado, pode ser considerado absoluto e, por outro, relativo, isto é, por um lado abstratamente separado do resto dos valores dos direitos fundamentais e acima deles e, por outro, concretamente aplicável sempre e somente junto ao restante dos outros direitos fundamentais cujos princípios impõem, em seu conjunto, o relativismo. [...] Aquele que reivindica o respeito de sua dignidade deve contextualizá-la e relacioná-la com outros direitos. [...] Aqueles que crêem em valores absolutos tem que reconhecer que, caso algum seja absoluto, será apenas a dignidade, e que incluindo este pode ser empregado só em um contexto e combinado com um direito fundamental específico. Quem crê no relativismo dos princípios tem que reconhecer ao menos que o valor da dignidade é relativamente superior e que é aplicado como uma regra¹⁴. (LUTHER, 2007, p. 309-310).

Em outras palavras, a consolidação do valor da dignidade humana tornou-se o eixo interpretativo da ordem constitucional, tendo o ser humano como fim de toda a estrutura jurídica. A dignidade se torna não só um valor e princípio constitucional, mas também o dínamo dos direitos fundamentais. Sendo lícito afirmar que o princípio da dignidade da pessoa humana impõe o dever de abstenção e de condutas positivas tendentes a efetivar e a proteger a pessoa humana, sendo parâmetro fundamental da

¹⁴ Tradução nossa: “La garantía constitucional de la dignidad se puede interpretar como fundamento de un valor que, por una parte, puede considerarse absoluto y, por otra, relativo, es decir, por un lado abstractamente separable de los valores del resto de los derechos fundamentales y superior a los mismos y, por otro, concretamente aplicable siempre y solamente junto al resto de los derechos fundamentales cuyos principios imponen, en su conjunto, el relativismo.[...] Quienquiera que reivindica el respeto de su dignidad debe contextualizarla y relacionarla con otros derechos. [...] Quien cree en valores absolutos ha de reconocer que, en caso de que alguno resulte absoluto, será sólo el de la dignidad, y que incluso aquél puede ser empleado sólo en un contexto concreto y en combinación con un derecho fundamental específico. Quien cree en el relativismo de los principios ha de reconocer al menos que el valor de la dignidad es relativamente superior y que es aplicado como una regla”.

atividade do Estado e da sociedade. (LANDA, 2002, p. 112). Ao Estado recai, assim, a imposição de respeitar, proteger e promover as condições que viabilizem a vida com dignidade.

Este é também o entendimento de Maihofer (2008, p. 29) o qual revela que quando o constituinte reconhece a dignidade humana como bem supremo do homem, passa a recair sobre o Estado o dever de proteger esta dignidade diante das possibilidades de violação e, ainda, a obrigação de respeitá-la e, com isso, fica outorgado a cada ser humano o direito de exigir esta omissão de toda e qualquer ação que implique violação da dignidade humana por parte do Estado.

Em cima da imposição imposta sobre o Estado diante do respeito à dignidade humana, Sarlet amplia a abrangência desta proteção:

Para além desta vinculação (na dimensão positiva e negativa) do Estado, também a ordem comunitária e, portanto, todas as entidades privadas e os particulares encontram-se diretamente vinculados pelo princípio da dignidade da pessoa humana, o que implica a existência de deveres de proteção e respeito também na esfera das relações entre particulares. (SARLET, 2009a, p. 122).

Assinala-se que no Brasil, o princípio da dignidade humana foi expressamente introduzido no texto da Constituição de 1988¹⁵, em seus artigos 1º, III, 170, *caput* e 226, § 7º, que prescreveu para os cidadãos o direito a existência digna, permeando os aspectos materiais, espirituais, políticos, sociais e culturais da pessoa. Deste modo, em que pese o elevado grau de indeterminação, é certo que o ordenamento jurídico brasileiro adota, como seu fundamento, a dignidade da pessoa humana, constituindo-se este em critério para integração da ordem constitucional, prestando-se para reconhecimento de direitos fundamentais atípicos e, portanto, às pretensões essenciais à vida humana.

¹⁵CF, Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: (...) III - a dignidade da pessoa humana;

CF, Art. 170. A ordem econômica, fundada na valorização do trabalho humano e na livre iniciativa, tem por fim assegurar a todos existência digna, conforme os ditames da justiça social, observados os seguintes princípios.

CF, Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado. (...)§ 7º - Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

A dignidade da pessoa humana encontra-se, portanto, no epicentro da ordem jurídica brasileira tendo em vista que concebe a valorização da pessoa humana como razão fundamental da estrutura de organização do Estado e do Direito, o que significa que tal princípio, por sua própria natureza – norma nuclear de um sistema –, deve integrar a interpretação das normas de Direito Penal e Processual Penal, além de todas as demais normas, reivindicando, assim, a humanização da reprimenda penal, a impedir adoção de penas e medidas de segurança cruéis, humilhantes, infamantes, degradantes e perpétuas, não se podendo olvidar, ademais, que no Estado Democrático de Direito, ao menos no plano teórico, o exercício do poder estatal somente se legitime quando presente o respeito aos direitos e garantias individuais e sociais, bem como quando acolhidos os princípios que norteiam o conceito de justiça e equidade.

Desta forma, o Estado, ao fazer uso do *jus puniendi*, mesmo na aplicação da medida de segurança, não pode distanciar-se dos limites impostos pela condição humana do acusado da prática do crime. Por mais abjeta que tenha sido a ação delituosa, nada justifica que o autor do ilícito seja privado de tratamento digno conforme preconiza a Carta Magna.

Cabe considerar também que, na linha das Constituições européias, a Constituição de 1988, no rol dos direitos individuais do artigo 5º, trouxe importantes exigências que o Estado deve seguir no desenrolar de sua ação punitiva, sendo garantias inerentes à: a) vedação em submeter qualquer pessoa a tratamento desumano ou degradante (inciso III), assegurando-se ao preso o respeito à integridade física e moral (inciso XLIX); b) observância do devido processo legal (inciso LIV), do contraditório e a ampla defesa (inciso LV), o julgamento por autoridade competente (inciso LIII), a não-admissibilidade de provas obtidas por meio ilícito (inciso LVI), a proibição de juízos ou tribunais de exceção (inciso XXXVII) e a consideração de que ninguém será reputado culpado senão antes do trânsito em julgado de sentença condenatória (inciso LVII), importando esta última em pressupor que a segregação do acusado, antes da sentença irrecorrível, somente se legitima em situações proporcionais previstas em lei; c) legitimidade material do direito de punir, tais como a reserva legal da definição de crimes e cominação de penas (inciso XXXIX), a individualização destas na medida da culpabilidade do infrator (incisos XLV e XLVI), a interdição de determinadas sanções, tais como a pena de morte, a prisão perpétua, os trabalhos forçados, o banimento e as penas cruéis (inciso XLVII); d) movimentação da competência prisional (incisos LXI a LXVI e LXVIII); e) execução da pena (incisos XLVIII e L).

Partindo dessa compreensão, conclui-se que, do princípio da dignidade humana, inevitavelmente, derivam outros princípios específicos, os quais, por sua vez, propiciam o controle de qualidade do conteúdo das normas nas diversas situações concretas da vida e todos eles podem e devem ser aplicados aos portadores de transtornos mentais. Na próxima seção, abordar-se-á com mais detalhes o tema da dignidade do portador de transtorno mental.

1.2 TRANSTORNO MENTAL E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Como observou Peces-Barba (2007a, p. 359) “[...] o estudo dos direitos das pessoas com deficiência é, sem dúvida, uma das projeções centrais da reflexão contemporânea sobre os direitos humanos”¹⁶. É certo que diversos estudos revelam a existência de grupos especialmente desfavorecidos, tais como: as mulheres, as crianças e adolescentes, as minorias étnicas, as minorias religiosas, os idosos, as pessoas com deficiência e, dentre estas, as pessoas portadoras de transtornos mentais. Tais grupos são considerados vulneráveis porque são formados por pessoas que, embora possuindo os mesmos direitos constitucionais conferidos aos cidadãos de modo geral, têm seus direitos mais facilmente violados, demandando, portanto, maior atenção por parte do Estado para evitar tais violações. Nesse sentido, faz-se necessário oferecer atenção diferenciada aos grupos vulneráveis, por meio da adoção de políticas específicas, ao lado das políticas universalistas, visando o pleno exercício do direito à inclusão social.

E especificamente no que diz respeito à situação do portador de transtorno mental, pode-se afirmar que ele, infelizmente, ao ser internado, torna-se sujeito sem direitos, submetido ao poder da instituição e ao domínio de outros homens, sejam médicos, enfermeiros, e até mesmo pessoas sem qualquer qualificação técnica para lidar com as situações naturais desse estado.

Historicamente, como se verá adiante, o portador de transtorno mental não é considerado sujeito de direito, mas um objeto excluído do meio social, um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades ou desejos, numa lógica de total eliminação do contexto próprio de sua vida e história. Daí nasce a necessidade de imprimir um olhar especial ao tratamento que é dispensado a ele.

¹⁶ Tradução nossa: “El estudio de los derechos de las personas con discapacidad es, sin duda, una de las proyecciones centrales de la reflexión actual sobre los derechos humanos”

1.2.1 A história da loucura e a situação dos loucos infratores

A história da loucura é uma história de autêntica exclusão social. O doente mental é marginalizado pela sociedade, que costuma tirar-lhe a identidade, a singularidade, passando a taxá-lo apenas de *louco*, para não mais identificá-lo por nome próprio.

Tomando como base a reflexão foucaultiana na obra *História da Loucura*¹⁷, percebe-se que este fenômeno humano, apesar de sempre ter sido, ao longo da história da humanidade, alvo de exclusão social, nem sempre teve o *status* de doença.

Na antiguidade, por exemplo, a loucura se relacionava a aspectos místicos, era percebida como pertencente às quimeras do mundo, ligada e governada pelos deuses. Os “loucos” eram sujeitos marcados por espécie de erro ou ilusão, considerados sagrados e vagavam livres pela sociedade não havendo necessidade de expulsá-los ou bani-los do convívio social, visto que pertenciam à diversidade própria do mundo humano.

Nos tempos medievais, diferentemente, a loucura era tida como castigo de Deus, tal como a lepra e outros males, vindo a ocupar os espaços deixados nos leprosários. (CASTRO, 2009, p. 52).

No Renascimento (séculos XV e XVI), os loucos não eram reclusos, mas sim andarilhos que, por vezes eram expulsos de algumas cidades. Nessa época não havia homogeneidade com relação à forma de lidar com a loucura e o louco passou a ter lugar na literatura e nas artes plásticas, ganhando visibilidade e possuindo contornos às vezes positivos, outras vezes negativos, ressaltado em obras como “O elogio da loucura”, de Erasmo de Rotterdam¹⁸ e “Hamlet”, de Shakespeare. A loucura existe nesse período como uma forma de sabedoria ou mesmo um caminho que conduz a ela, uma sabedoria que o louco possui em seu status de “figura cósmica”, já que o seu delírio nada mais revela que a verdade do mundo – nesse sentido, a experiência renascentista da loucura tem, portanto, seu fundamento na realidade.

A estranheza do louco torna-se negatividade, e com a passagem da percepção social do estranho à analítica médica do desarrazoado, a segregação e a exclusão

¹⁷ O livro “História da Loucura” foi a primeira obra publicada por Michel Foucault, em 1961. A obra foi responsável por consolidar Foucault como um líder intelectual em Paris, que chegou a ser comparado, por alguns críticos da época, como o “novo Kant”.

¹⁸ O livro “O Elogio da Loucura” de Erasmo de Rotterdam é uma das obras-prima da literatura universal, publicada em Paris, em 1511. Neste livro o autor faz a Loucura subir ao púlpito e auto-elogiar-se, tendo sempre, a seu lado, a Lisonja e o Amor Próprio.

transforma-se em enclausuramento, no intuito de tornar o louco um objeto de conhecimento.

A partir da Idade Clássica (séculos XVI, XVII e XVIII), o aspecto negativo da loucura prevaleceu em decorrência do pensamento racionalista, simbolizado principalmente no pensamento de Descartes (“Penso, logo existo”) o qual afirmava que se alguém pensa, não pode ser louco, do que consequentemente se concluiu que o louco não seria dotado de razão.

De acordo com a análise feita por Foucault, nessa época foi introduzida uma mudança na postura da sociedade para com os loucos, uma vez que a razão se transformou no princípio condutor de todo pensamento intelectual e, ao fazer isto, separou-se da irracionalidade, ocasionando, assim, o confinamento dos loucos. Como afirma Foucault “[...] a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém, ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”. (FOUCAULT, 2009, p. 45).

A loucura, na época clássica, passa a ser considerada e entendida apenas em relação à razão, acentuando-se o conflito entre loucura x razão, ao que Foucault conclui que “[...] a loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória”. (FOUCAULT, 2009, p. 30). A razão clássica, assim, confina a loucura.

Juntamente com a loucura, outros comportamentos considerados “insensatos” foram isolados da sociedade e do território da razão. Mendigos e desocupados foram agrupados com tipos homossexuais, vagabundos e bêbados e, juntamente com os loucos, foram banidos e silenciados da vida pública, colocados em casas de internamento. Ocorre, desta forma, uma espécie de higienização social¹⁹ que acaba por contribuir para a construção do mito “classes perigosas”²⁰.

Em uma análise empreendida mais modernamente no Brasil por Coimbra, conclui-se que esta segregação, exclusão e isolamento das classes subalternizadas, corrobora a crença de que com elas estão as doenças, os perigos, as ameaças, a violência. De acordo com Coimbra:

¹⁹ No Brasil o movimento higienista se desenvolveu no final do século XIX, início do século XX. Suas bases estão nas teorias racistas, no darwinismo social e na eugenia, pregando o aperfeiçoamento da raça e colocando-se abertamente contra negros e mestiços - a maior parte da população pobre brasileira.

²⁰ A construção deste mito foi feito com a ajuda da *mass media* que difundiu os conceitos de que algumas classes representavam perigosos sociais e necessitavam ser isoladas da sociedade.

A modernidade exige cidades limpas, assépticas, onde a miséria - já que não pode mais ser escondida e/ou administrada - deve ser eliminada. Eliminação não pela sua superação, mas pelo extermínio daqueles que a expõem incomodando. (COIMBRA, 2001, p.58).

Ocorre que, a partir da metade do século XVII, mesmo com o surgimento da figura do internamento marcado pela criação do Hospital Geral de Paris, pelo Rei da França, no ano de 1656, não se estabeleceu ligação entre esta medida (internamento) e a medicina. A loucura - e o que era percebido no louco - não era, como mencionado, considerada doença, mas sim desrazão (ausência de razão). O internamento do século XVII não é um estabelecimento médico, possuindo o hospício função eminentemente de hospedaria. Nele não estava presente nenhuma ideia ou liderança médica, mas sim a estrutura semijurídica que, além dos tribunais, decidia, julgava e executava, tendo surgido por razões bem diversas da preocupação com a cura. Mesmo a presença do profissional médico na instituição não significava a existência da consciência de que os internados eram doentes, mas sim que se temia a famosa “febre das prisões” que podia contaminar os não-internos. Nas palavras do filósofo, o Hospital Geral:

[...] não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão. (FOUCAULT, 2009, p. 50).

Prosseguindo sua análise sobre o internamento, Foucault, afirma que:

O internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. [...] O internamento seria assim a eliminação espontânea dos “a-sociais”. (FOUCAULT, 2009, p. 79).

Esclarece assim, de forma definitiva, que o internamento do século XVII não tem nenhuma unidade institucional, além daquela que lhe pode conferir caráter de “polícia”, pois não possui nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica. (FOUCAULT, 2009, p. 103).

A designação da loucura só ganha o *status* social de enfermidade com a psiquiatria, no final do século XVIII, quando nasce nova reflexão sobre a doença, e,

então, o internamento ganha valor terapêutico. Contudo, essa constatada aproximação do pensamento médico com a prática do internamento não se verificou, ao contrário do que seria natural de ser, pela tomada de consciência de que os internos eram doentes, mas, ao revés, decorreu da necessidade apresentada por segmentos sociais favorecidos de fragmentar o espaço da miséria e da loucura, para que a pobreza, em vez de ser isolada, fosse libertada do internamento e colocada à disposição da sociedade, onde seria absorvida pela produção de mão-de-obra barata, isso tudo porque a assistência social passou a ser obstáculo à riqueza produtiva.

O internamento do século XVII estava sendo criticado, assim, porque ele produzia um grave erro econômico quando se acreditou que ele acabaria com a miséria, colocando a população pobre fora do circuito econômico-produtivo e mantendo-a pela caridade, sendo necessário recolocar toda essa população no circuito da produção e utilizá-la como mão-de-obra para que as nações alcançassem o máximo de riquezas. (FOUCAULT, 2009, p. 67).

Nesse contexto, apenas ao pobre doente ficou permitida a assistência total e o espaço de confinamento é criado para garantir a segurança da sociedade contra os perigos da loucura. O hospital foi perdendo suas originárias funções de caridade e de controle social e passou a assumir a finalidade de tratamento aos enfermos. Foucault, na obra *O Nascimento da Clínica* (FOUCAULT, 1977) descreve a transformação do hospital (etimologicamente hospedaria, hospedagem, hotel) em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática da disciplina, da organização e dos esquadrinhamentos médicos. A função dos hospitais psiquiátricos era, assim, diagnosticar as doenças mentais e tratá-las conforme o entendimento médico psiquiátrico, bem como manter a loucura longe dos olhares da sociedade.

Os novos hospitais não eram, no entanto, muito diferentes em sua estrutura dos antigos estabelecimentos asilares de isolamento. As condições de internamento também não mudaram. Igualmente, constata-se que estes novos hospitais não consideram um lugar melhor para a medicina, daí se afirmar que a crítica política ao internamento havida no século XVIII não funcionou no sentido de uma libertação da loucura, permitindo aos alienados atenção mais filantrópica e humanitária, mas, ao contrário, uniu ainda mais a loucura ao internamento. É o que assinala Foucault:

O fato de haver tomado suas distâncias, de ter-se tornado enfim uma forma delimitável do mundo perturbado do desatino, não libertou a

loucura; entre ela e o internamento estabeleceu-se uma profunda ligação, um elo quase essencial. (FOUCAULT, 2009, p. 399).

Com a era moderna, surge o espaço de individualização do louco e a “medicalização da loucura”, propiciando então o surgimento da psiquiatria. Para a psiquiatria da época, a cura da doença mental passaria necessariamente por um tratamento moral, dentro dos limites do hospital. A instituição psiquiátrica se organizava em torno do saber médico, que localizava a possibilidade de restabelecer a racionalidade do louco pela permanência no hospital, condição indispensável ao processo de transformação do paciente em um ser útil e obediente. O discurso psiquiátrico foi estabelecido junto com a estrutura que sujeitava o paciente à onipotente e onisciente psiquiatria. O louco passa a ser visto não mais como o desarrazoado, mas agora como o alienado, isto é, como um produto da relação entre homem e mundo, no qual sua patologia o distancia de si mesmo e aliena a sua natureza. A alienação passa a configurar a essência mesma da loucura, sua mais própria especificidade, a ponto, então, de serem necessários estabelecimentos distintos para a internação do doente mental.

Na modernidade, portanto, foi possível unir os conceitos da teoria médica e do espaço do internamento e foi aí que nasceu essa relação, posteriormente dada como natural, mas que era totalmente estranha ao Classicismo²¹, entre medicina e internamento e que possibilitou, assim, o nascimento da psiquiatria positiva e do asilo do século XIX.

O saber psiquiátrico do século XIX, que teve seu expoente máximo na figura de Pinel²², alicerçava-se no “tratamento moral” e no “isolamento terapêutico”, em que o primeiro buscava inserir o paciente em um mundo metodicamente regrado na tentativa de lhe imprimir um fundo de ordem que possibilitasse a gradativa supressão dos estados de delírio e a consequente emergência de comportamento normal; e o segundo, por seu turno, complementava o aparato psiquiátrico alicerçado no estabelecimento da ordem imposta de fora para dentro, na medida em que somente sob as condições por ele proporcionadas tal tratamento poderia ser implementado. Sob esta ótica, torna-se evidente a obrigatoriedade da completa submissão à autoridade médica, visto que esta

²¹ Na idade clássica, como abordado anteriormente, a loucura era vista como uma experiência ética e o internamento não tinha qualquer relação com tratamento médico.

²² Pereira, reproduz trecho da obra *Traite Medico-Philosophique sur l'Alienation Mentale* (1801) de Pinel em que o psiquiatra aduz que: “Os alienados, longe de serem culpados a quem se deve punir, são doentes cujo doloroso estado merece toda a consideração devida a humanidade que sofre e para quem se deve buscar pelos meios mais simples restabelecer a razão desviada”. (PEREIRA, 2004, p. 114).

se instituiu como o recurso e a necessidade terapêutica sobre a qual se firmava todo o arcabouço teórico do instrumental de combate à doença mental. (CASTRO, 2009, p. 54; AMARANTE, 2007, p. 31-33).

Esses três princípios, lançados nesse período, quais sejam, o isolamento, a ordem asilar e a autoridade, formaram a base da instituição do manicômio-hospitalar para o tratamento mental. Os manicômios caracterizavam-se por acolher apenas os doentes mentais e dar-lhes o tratamento médico sistemático e especializado, diferenciando-se, assim, dos conhecidos asilos, que tinham mera função de abrigo e de recolhimento.

Logo se vê que a psiquiatria positivista²³, para Foucault, não representou uma evolução no quadro de um movimento humanitário que se aproximava aos poucos da realidade *humana* do louco, mas, sim, a partir dela, verificou-se, como necessários para o tratamento, o isolamento para romper com o foco permanente de influências incontroladas que é a vida social, o estabelecimento de ordem asilar e a relação de autoridade entre o médico e seus auxiliares e o doente. (FOUCAULT, 2009, p. 161).

Ainda hoje, em pleno século XXI, a história da loucura continua sendo de exclusão social, pois não houve avanços significativos no sentido de conceder ao portador de transtorno mental um local de proteção na sociedade e a deterioração das relações sociais contribui para o avanço da violência intra e inter-individuais. Toda a discussão envolta ao tema ainda é bastante incipiente e marginal.

Inegavelmente, a pessoa portadora de transtorno mental possui invisibilidade social. Muitas vezes o doente não tem sequer o apoio familiar, ficando relegado à própria sorte. E o pior: em situação de vulnerabilidade social ainda maior encontra-se o louco autor de injusto penal, já que, quando o assunto gira a respeito do tratamento dispensado aos doentes com transtorno mental que causaram delitos, outras questões, como a criminalização da doença, entram na pauta da discussão.

Socialmente, ainda não se reconhece o chamado “louco” como pessoa portadora de direitos e, portanto, passíveis de terem reconhecidos que seus direitos foram violados. É como se vivessem tão à margem da sociedade que se esquece que são

²³Segundo Amarante (1998, p. 26), denomina-se psiquiatria positivista o fato da psiquiatria ter seguido a orientação das demais ciências naturais, assumindo um modelo centrado na medicina biológica, limitada na observação e descrição de distúrbios nervosos, com a intenção de traçar um conhecimento objetivo do homem. Para o psiquiatra e professor Walmor J. Pissini, a psiquiatria positivista aparece frequentemente com teor acusatório às práticas da neurociência, do uso de métodos quantitativos, da psiquiatria baseada em evidências e outras formas da psiquiatria médica e científica, vez que, aparentemente, o termo positivismo, é utilizado como forma de desmerecer métodos mais científicos da prática psiquiátrica moderna. (PISSINI, 2008).

indivíduos dotados de autonomia e vontade, embora com algum grau de comprometimento. Pode-se inclusive se arriscar a dizer que a discriminação de tais pessoas é socialmente aceita, ainda que eticamente inconcebível.

A forma como são historicamente tratados os portadores de transtornos mentais pela psiquiatria e pelo direito tem sido uma das grandes preocupações dos estudiosos do tema, que concluem, de modo geral, que a assistência aos indivíduos no manicômio judiciário fere os direitos e as garantias fundamentais.

Com efeito, acerca da situação do louco infrator, foi no século XIX que se iniciou a aliança entre a psiquiatria e o direito, passando a prevalecer a irresponsabilidade penal e a teoria da regeneração, que fundamentava a psiquiatria, juntamente com conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade. (CASTRO, 2009, p. 57).

O manicômio judiciário, por sua vez, teve sua origem na Inglaterra²⁴ e na França, no início do século XIX, por ocasião da instalação do pensamento da Escola Positivista de Direito Criminal, quando se passa a entender que algumas transgressões às normas vigentes são sintomas de doenças e que isso é indicador de periculosidade, ou seja, o doente é criminoso e, conseqüentemente, perigoso. Os doentes eram isolados da sociedade em instituições carcerárias, os manicômios, com a ideia também de “segurança social”, na visão de Foucault (1987), *vigiar e punir*. A internação nessas instituições, muitas vezes, era um caminho sem volta, sendo comum a constatação de que quando as portas dessas instituições se fechavam de lá jamais sairia qualquer internado, pois o Estado o isolava e o custodiava pelo resto de seus dias, podendo-se até compará-lo com os leprosos, os quais eram mantidos em cavernas, longe das pessoas para não contaminar os demais membros da sociedade. Permanecer nos hospícios apenas agravava as condições físicas e mentais, produzindo um processo quase irreversível de cronificação do louco. Restava aos pacientes apenas aguardar a morte, submetidos a maus-tratos e ao esquecimento social.

Em 30 de junho de 1838, foi aprovada na França a primeira medida legislativa de reconhecimento do direito à assistência e à atenção da categoria de indigentes e

²⁴ O primeiro manicômio surgiu, de acordo com informações históricas colhidas na obra de Haroldo Costa Andrade, em 1800, quando o rei Jorge III foi vítima de uma tentativa de homicídio, praticada por um insano mental, que foi absolvido e internado por tempo indeterminado. Mais tarde, a Inglaterra instituiu o “*Criminal Lunatic Asylum Act*” (1860), que determinava o recolhimento de pessoas que praticassem algum delito, desde que penalmente irresponsáveis, a um asilo de menores (*Trial of Lunatic Act*), tornando-se o primeiro país a aplicar o tratamento psiquiátrico de criminoso. (ANDRADE, 2004; COHEN, 2006).

doentes mentais. Assim, foi conferido ao Estado, além da obrigação de custodiá-los, também o dever do tratamento. (CASTRO, 2009, p. 54).

No Brasil, a loucura veio a ter visibilidade social tardiamente, apenas no século XVIII, sendo abordada, inicialmente, como questão de vadiagem e desordem. A assistência psiquiátrica brasileira, por sua vez, nasceu em 1841, com a criação do Hospício Nacional, no Rio de Janeiro – apesar de criada, a instituição só veio a ser inaugurada em 1852, com o nome de Hospital Pedro II - que passou a receber os doentes mentais de todo o Império²⁵. Posteriormente, foram construídos novos hospícios em locais mais afastados dos centros urbanos, nos Estados de São Paulo, de Pernambuco e da Bahia.

Na verdade, em seus primórdios, a assistência psiquiátrica brasileira apresentava caráter muito leigo, vindo a adquirir características científicas após a proclamação da República, em 1890, quando a categoria médica passou a controlar as instituições que abrigavam os loucos, mas, apesar disso, o caráter segregacionista das mesmas foi mantido.

O Código Penal de 1890 determinava que os criminosos loucos ou os condenados que enlouqueciam nas prisões brasileiras deveriam ser entregues às suas famílias ou internados nos hospícios públicos, caso isso fosse essencial para a segurança dos cidadãos.

A obrigação de fornecer tratamento especial aos loucos só surgiu em 1903, sob influência da Lei Francesa de 1838, com o trabalho de Teixeira Brandão, um dos mais importantes defensores dos direitos do doente mental, que resultou na primeira lei específica de proteção ao doente mental, o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganizava a assistência aos alienados, e encerrava, além da intenção de unificar a assistência psiquiátrica no país, o estímulo à construção de asilos estaduais e à proibição definitiva do cerceamento de doentes mentais "alienados graves", em prisões, determinando também a humanização dos tratamentos, ao menos nos parâmetros do pensamento da época.

²⁵ Com a queda do Império e o surgimento da República, em 1890, o Hospício de Pedro II passou a se chamar “Hospício Nacional de Alienados”, através do Decreto nº 206A, de 15 de fevereiro de 1890, ficando sob administração do governo federal, desvinculando-se assim da Santa Casa e ficando subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Nesse mesmo ano, foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados e criadas e anexadas ao Hospício Nacional as Colônias de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita ambas para pacientes do sexo masculino, na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador. (AMARANTE, 1994, p. 76).

O ano de 1903 marca, portanto, o momento em que a construção de manicômios judiciários torna-se proposta oficial. O referido decreto determina, no Brasil, a separação dos doentes mentais que cometeram crimes, considerados *perigosos*, daqueles que não praticaram nenhum ato contra a lei jurídica. Segundo esse documento, cada Estado deveria construir manicômios e, até que eles ficassem prontos, seriam construídos anexos especiais nos hospícios públicos para o recolhimento dos loucos infratores. (CARRARA, 1998, p. 49).

No entanto, as esperanças de que a lei resolvesse a violação dos direitos do doente mental não foram concretizadas e, muito embora tenha surgido uma segunda lei de proteção, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, nada mudou, vez que este decreto reafirmava a incapacidade do doente mental, facilitando o recurso à internação, válido por qualquer motivo que torne incômoda a manutenção do doente mental em sua residência. Este sistema opressor e excludente permaneceu em vigor por mais de sessenta anos, até a promulgação da Lei nº 10.216/01.

Como visto, os manicômios judiciários foram instituídos no Brasil já na segunda década do século XX, com a finalidade expressa de depositar pessoas “loucas” criminosas, sendo um local de característica asilar, sem contato com o mundo exterior (sociedade) e sem contato familiar, pois, segundo Carrara (1998, p. 148), “[...] a ideia de que loucos perigosos ou que estivessem envolvidos com a justiça ou a polícia deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo-se em objeto institucional distinto” era muito comum. O primeiro deles foi criado no Rio de Janeiro, em 1921, seguindo-se a criação da instituição em Barbacena, Minas Gerais, em 1929, e em São Paulo, em 1933.

Em relação à criação do manicômio judiciário no Brasil, Carrara comenta que “[...] coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso”. (CARRARA, 1998, p. 194). O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como um lugar social específico de encontro entre crime e loucura, era ao mesmo tempo um espaço prisional/asilar e hospitalar/penitenciário. É um local, conforme continua a explicar Carrara, que consegue “articular duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão - e dois dos fantasmas mais trágicos que nos ‘perseguem’ a todos – o criminoso e o louco”. (CARRARA, 1998, p. 26).

Apesar de o objetivo mais amplo com a criação dos manicômios judiciários, segundo Carrara (1998), ser o de preservar os direitos básicos do preso e “humanizar” as prisões, constatou-se que as leis criadas foram incipientes e pouco conhecidas, não auxiliando a superar os preconceitos e tabus que persistem até hoje.

As condições enfrentadas pelos portadores de transtornos mentais, na verdade, produziram certa indignação por parte de alguns trabalhadores em saúde mental e, aos poucos, articulações políticas e sociais começaram a acontecer em prol da humanização do tratamento em saúde mental. Muitas experiências ligadas aos movimentos alternativos e às práticas da psiquiatria tradicional começaram a apresentar novos rumos para o desenvolvimento da saúde mental no Brasil. Contudo, todo o processo instituído pelos diversos movimentos que trabalhavam por um tratamento em saúde mental mais humanizado não encontrou tanta ressonância na questão dos “loucos” infratores.

A reforma psiquiátrica trouxe adequações às assistências prestadas aos doentes mentais, entretanto, apesar das conquistas obtidas, chama a atenção o fato de que muito pouco se avançou no tratamento do “doente mental infrator”. Desde que a segregação de pessoas em manicômios judiciários teve início no país, o panorama prossegue sombrio.

Carrara, após fazer um trabalho de imersão junto ao Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, nos anos oitenta, concluiu que a instituição era incapaz de atingir o fim terapêutico ao qual se propunha, uma vez que “[...] sob a fachada médica das instituições psiquiátricas, desenrola-se, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes”. (CARRARA, 1998, p. 27). Ou seja, como ele bem observou, na prática não havia distinção entre o presídio comum e o manicômio, pois ambas são instituições do mesmo gênero ou, de acordo com o conceito de Goffman (2010, p. 170-171), “instituições totais”²⁶, vez que “[...] o internado vive todos os aspectos de sua vida no edifício do hospital, em íntima companhia com outras pessoas igualmente separadas do mundo mais amplo”.

Avaliando a situação dos loucos criminosos, Carrara sinaliza que:

[...] o que se encontra tanto na legislação referente aos loucos-criminosos quanto no destino social que lhes é reservado, é justamente a superposição complexa de dois modelos de intervenção social: o modelo **jurídico-punitivo** e o modelo **psiquiátrico-terapêutico**. Superposição e não justaposição, pois, como vimos, o modelo

²⁶ Goffman (2010, p.16) define Instituição Total como aquela que promove uma espécie de barreira à relação social com o mundo externo, fechando-se e impedindo o contato de seus participantes com qualquer realidade que lhe seja exterior.

jurídico-punitivo parece englobar o modelo psiquiátrico-terapêutico, impondo limites mais ou menos precisos ao poder de intervenção dos psiquiatras. (CARRARA, 1998, p. 46).

Sem dúvida, os portadores de transtornos mentais infratores sofrem duplo processo de exclusão social, além de serem vistos, estigmaticamente, como “louco” pela sociedade, ainda são considerados perigosos, sendo submetidos a sistema carcerário que não possui condições mínimas de tratamento nem de ressocialização.

Diante das inúmeras pesquisas, constata-se que o tratamento dispensado pelos manicômios judiciários é, na maioria das vezes, desumano, convertendo-se mesmo em prisão perpétua. Faltam medicamentos, pessoal técnico especializado e espaço físico condizente com os fins terapêuticos e assistenciais das medidas de segurança.

De fato, o tratamento ideal deve ocorrer amparado no que preconiza a legislação de proteção aos direitos humanos, visando à assistência básica, adequação das instituições que ainda mantém característica asilar e a reabilitação e reintegração desse indivíduo à sociedade sem risco de cometer novos crimes. No entanto, com exceção de alguns exemplos isolados, não é bem isso o que ocorre.

E, embora o Código Penal brasileiro e a Lei de Execução Penal tenham modificado a nomenclatura Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico- HCTP, vê-se que, em sua estrutura, pouca coisa mudou, pois, na prática, continuam sendo lugares de confinamento de membros que se tornaram perigosos para a paz da sociedade.

Não é demais observar que, no caso do Estado do Acre, especialmente a cidade de Rio Branco, como se apresentará no capítulo terceiro, há um verdadeiro atraso quanto ao tratamento dispensado ao portador de transtorno mental autor de delito, uma vez que, não existe hospital de custódia nem qualquer outro local adequado para o abrigo, fomentando a necessidade de discussão acerca do tratamento com dignidade do louco infrator.

1.2.2 Dignidade do portador de transtorno mental

Com base na visão internacional dos direitos humanos, surgida, como visto, a partir Declaração Universal dos Direitos Humanos e difundida nas Constituições contemporâneas, parece que não haveria qualquer discussão a ser levantada quanto à existência e a fundamentação da noção de dignidade humana atribuída ao portador de

transtorno mental autor de delito, uma vez que os direitos humanos teriam alcançado reconhecimento pleno. No entanto, não é isso que revela a prática, pois, pessoas vulneráveis, como os portadores de transtornos mentais, estão entre os mais sujeitos a abusos que violam o atributo de sua dignidade.

Assim, para entender a necessidade de proteção plena do indivíduo portador de transtorno mental autor de delito, é interessante perceber em que base se sustenta a afirmação de sua dignidade humana.

Nesse sentido, parte-se da constatação de que é indiscutível a afirmação que revela que a diferença fundamental entre o ser humano e os outros animais está na capacidade de pensar e, desta forma, tomando-se o reflexo do pensamento kantiano, a consciência pode ser classificada como o *a priori* para o exercício da razão prática e é valorizada como o componente essencial da caracterização do ser humano. Assim, os seres humanos somente seriam dotados de dignidade em decorrência da sua consciência e autonomia.

Com o advento da modernidade, foi instituído o modelo universal de direitos (liberdade, igualdade e fraternidade), sendo os indivíduos considerados iguais perante a lei (apesar de suas diferenças). A par disso, a inserção da loucura nesta nova ordem foi feita de maneira bastante peculiar: o louco não era reconhecido como um igual porque era visto como aquele cuja razão não estava completa, não podendo, entre outras coisas, usufruir da sua liberdade. Segundo Amarante:

Se o alienado era considerado um despossuído da Razão plena – e a Razão seria a condição elementar para definir a natureza humana e diferenciá-la das demais espécies vivas na natureza – existiria, na origem, um impedimento para que o alienado fosse admitido um cidadão. Para Leuret, discípulo de Pinel, a alienação mental produzia a perda do livre-arbítrio e, conseqüentemente, da liberdade. Para recuperar a liberdade (como livre-arbítrio) é necessário recuperar a Razão! (AMARANTE, 2007, p. 34-35).

O ponto é que o louco, que no Classicismo foi isolado por ser considerado desprovido de razão, passou, aos poucos, a ser visto como doente, passível de ser tratado e restaurado, transformando-se em um indivíduo que “poderá” ser instituído de razão e de vontade. Iniciou-se, com isso, o debate sobre a situação das pessoas portadoras de transtornos mentais privadas de suas faculdades mentais, ou da sua capacidade de consciência e autonomia da vontade e a sua condição de pessoa humana. Pode-se questionar: se a associação do caráter de ser plenamente humano com a

capacidade de raciocinar é essencial, como se justificaria a condição de dignidade do portador de transtorno mental?

Em artigo escrito sobre o tema, Almeida responde ao questionamento argumentando que:

[...] o pré-requisito da consciência e, conseqüentemente, os atributos da dignidade e autonomia moral devem ser entendidos como inerentes à espécie humana, características biológicas do *Homo sapiens*, independentemente de se manifestarem em sua plenitude em cada ser humano específico. Ou seja, a dignidade humana seria um atributo do *potencial* humano para o exercício da razão prática. Nessa perspectiva se pode conceber que mesmos aqueles privados do pleno uso da razão possam fazer jus a ela, sendo, assim, portadores da mesma dignidade essencial, bem como dos mesmos direitos intrínsecos e inalienáveis que os demais. (ALMEIDA, 2010, p. 384).

A autonomia, assim, deve ser considerada em seu caráter abstrato, qual seja a capacidade *potencial* do indivíduo de autodeterminar sua conduta, independentemente de sua efetiva realização por parte da pessoa em concreto. O portador de transtorno mental, desta forma, possui a mesma dignidade que qualquer outro ser humano capaz, física e mentalmente. (SARLET, 2009a, p. 50).

Essa perspectiva apresentada permite expandir a classificação da humanidade descolando-a do uso efetivo da razão e relacionando-a ao potencial para o exercício prático desse uso, rompendo com os liames aos quais os portadores de transtorno mental foram submetidos durante anos, em nossa sociedade, sendo tutelados e julgados como incapazes de decidir o seu próprio destino. Reporta-se, aqui, à concepção kantiana de dignidade que ensina que o ser humano não poderá jamais ser tratado como objeto, ou melhor, como mero instrumento de realização dos fins alheios.

Sem dúvida, a capacidade de raciocinar de uma pessoa é uma condição *sine qua non* tão somente para o reconhecimento da dignidade dos demais, mas não para o reconhecimento da sua própria dignidade. Não é razoável pensar que a pessoa não tem dignidade porque não é capaz de raciocinar, ao contrário, o que é razoável é reconhecer o direito à dignidade também a quem não possui sanidade mental. (LUTHER, 2007, p. 298).

Sempre que ocorre a internação do inimputável, passa a existir no seio da sociedade o entendimento de que ocorreu a redução presumida da capacidade civil do internando, o que leva os críticos do sistema a entenderem que tal internação, erroneamente, coloca os portadores de transtornos mentais infratores em classe inferior

com relação aos homens, isso porque lhes é vedado desfrutar dos mesmos direitos titularizados pelos demais homens submetidos à reprimenda privativa de liberdade, o que redundava, portanto, em vilipêndio aos direitos humanos dos primeiros, com afronta grosseira aos ditames constitucionais.

É certo que, embora a doença mental possa ser considerada grave, o “louco”, como visto, é plenamente humano e, em assim sendo, é merecedor de todos os direitos e garantias previstos em lei, mas é forçoso perceber que sua doença (tratando-se aqui do louco como doente), para além de estar submetido ao que o olhar médico diagnostica, é objeto de restrições impostas pelas barreiras sociais. (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009, p. 66).

Nessa seara, importa considerar que a base para a legislação de saúde mental não pode se afastar da concepção dos direitos humanos, com ênfase aos princípios da igualdade, da não discriminação, do direito à privacidade, da autonomia individual, do direito à informação e à participação no tratamento. Muito pelo contrário, conforme assinala Amarante (2007, p. 69-70), na relação com a saúde mental, a questão dos direitos humanos ganha destaque porque envolve “[...] uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento”.

A articulação entre saúde mental e direitos humanos interessa à sociedade, aos profissionais, aos usuários dos serviços e aos respectivos familiares. A discussão sobre a dignidade da pessoa, independentemente de ser paciente ou autora de delitos, envolve conteúdo das ciências da saúde, ciências jurídicas e ciências sociais, o que ressalta a questão da interdisciplinaridade da matéria.

Conforme visto anteriormente, o início da assistência psiquiátrica pública no Brasil ocorreu de maneira tardia, já na segunda metade do século XIX, especialmente relacionada às alterações decorrentes do processo industrial desordenado que fez gerar o aumento da desigualdade social e da consequente criminalidade. A sociedade da época passa a enxergar o “louco” como ameaça à segurança pública e, por isso, o recolhimento em asilos era a única solução, legitimada pelo Estado, para oferecer proteção à sociedade. Nos dias de hoje, infelizmente, pouca coisa mudou.

A partir do final da década de 1980, surge uma série de iniciativas clamando pelo respeito aos direitos dos indivíduos com transtornos psiquiátricos. Os debates se estenderam além dos muros dos hospícios e chegaram à sociedade civil e à grande imprensa, fazendo com que a questão psiquiátrica (precárias condições dos hospitais psiquiátricos e distorções da política nacional de assistência psiquiátrica) se tornasse

uma questão política, trazendo o debate da cidadania e dos direitos humanos do doente mental, além do direito à assistência digna, destacando-se a necessidade do respeito aos direitos fundamentais dos pacientes psiquiátricos, principalmente no que refere ao direito de viver em comunidade, de ser tratado em ambiente o menos restritivo possível, de acesso à informação no que se refere a si próprio, o direito à confidencialidade e ao consentimento para o tratamento.

É verdade que a política de saúde mental no Brasil obteve grandes avanços com a Lei n. 10.216/01²⁷. A loucura, agora, não é sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, nem de incapacidade civil, sendo necessária, a partir de agora, a reflexão dos setores sociais acerca da postura da Justiça Criminal em face do que a reforma psiquiátrica realmente pretende para os portadores de transtornos mentais. Esta dimensão jurídico-política da questão do louco infrator comporta um conjunto de desafios e estratégias, pois é imprescindível modificar a situação atestada por Carrara (1998, p. 44) que verificou que os internos dos manicômios judiciários (atuais HCTPs) vivem uma ambiguidade de tratamento: de um lado, são inocentes, pois não podem ser considerados culpados pela prática de delito; e de outro lado, permanecem tutelados e sem direitos, porque cometeram um crime.

Na administração do HCTP, o Estado acaba incorporando a demanda punitivo-segregacionista, voltando-se para o interno com uma estrutura violenta, controladora e reprodutora do medo, fundada na negação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos, em especial dos loucos-infratores, que não contam com rede de serviços de saúde mental com estrutura capaz de prestar assistência contínua e integral.

A violência das condições em que vivem os internados submetidos à medida de segurança, nos HCTPs e, mais gravemente, em instituições penitenciárias comuns e sem assistência médica integral, como ocorre no Estado do Acre, retrata clara violação aos mais elementares direitos individuais, fruto do descaso, da falta de eleição de reais prioridades e coragem dos governantes, retirando, desta forma, a dignidade do sujeito, pois como assevera Sarlet:

[...] onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não foram asseguradas, onde não houver limitação do poder,

²⁷ Lei °10.216/01, chamada Lei Paulo Delgado, sancionada em 6 de abril de 2001, que regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental. Seu objetivo é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente.

enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças. (SARLET, 2009b, p. 34-35).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica prima pelo respeito à saúde e pela reintegração do indivíduo portador de transtorno mental na sociedade, o que dependerá de tratamento eficaz, e que seu comportamento não demonstre que poderá cometer novo crime. Para isso, é preciso aplicar todo o serviço de saúde, em que se discute a humanização e os direitos humanos, em benefício do tratamento ao portador de doença mental, seja ele autor de ilícito ou não, sem distinção. Isto porque a lei de proteção à pessoa portadora de transtornos mentais não distingue, no seu texto, portadores criminosos ou não-criminosos.

Os profissionais que atuam na saúde mental, como os enfermeiros, devem assumir postura ética, definir políticas do seu trabalho, juntamente com a funcionalidade das instituições. É imprescindível respeitar a autonomia do portador de transtorno mental e uma das metas primordiais dos profissionais de saúde mental deveria ser a promoção desta autonomia, garantindo-lhe tratamento digno e humano.

Neste sentido, merece destaque a observação do que a bioética preconiza para a doença mental:

[...] o respeito à autonomia é um princípio que procura estabelecer entre as pessoas que estas sejam tratadas como seres autônomos, e para aqueles que têm sua autonomia reduzida, como no caso dos doentes mentais, estes sejam tratados e protegidos de forma especial, sejam cuidados respeitosamente. (COSTA; DOS ANJOS; ZAHER, 2007, p. 108).

Com isso, conclui-se que muito embora o lugar do louco infrator em nossa sociedade até hoje, como já visto, tenha sido o de exclusão, não podemos simplesmente ignorar a sua cidadania e os seus direitos, sendo urgente buscar saídas e caminhos que levem à adequação do modelo da Justiça Criminal com o modelo preconizado pela reforma psiquiátrica de tratamento do portador de transtorno mental, acreditando sempre no tratamento como ferramenta da reinserção dos pacientes e não no abandono como política de desenvolvimento social. Para tanto, na seção seguinte, analisar-se-á de forma detalhada alguns instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos dos

portadores de transtornos mentais tanto em âmbito internacional, como em âmbito nacional.

1.3 INSTRUMENTOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

O ponto de partida para se fazer a investigação dos instrumentos internacionais e nacionais de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais deve ser, sem dúvida, a análise da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, uma vez que este é um instrumento de notável importância que surgiu como resposta ao holocausto levado a cabo pela ideologia do nacional-socialismo e foi responsável pela efetiva universalização da proteção dos Direitos Humanos.

Entretanto, para além da Declaração e dos diversos Pactos que surgiram, importa examinar, ainda, neste capítulo, os meios coercitivos para fazer valer os direitos protetivos ali expostos e, identificar, desde o início, a forma de compatibilização entre as jurisdições internacionais e nacionais, limitando-se, a dar ênfase à situação brasileira, uma vez que o objeto de pesquisa deste trabalho é de âmbito nacional.

Inicialmente, constata-se que a Carta das Nações Unidas, de 1945, estabelece que os Estados-partes devem promover a proteção dos direitos humanos e liberdades fundamentais. E, em 1948, a Declaração Universal reconhece que a pessoa humana tem dignidade e direitos, fixando o rol dos direitos e liberdades fundamentais a serem garantidos e estabelecendo, no seu preâmbulo, que “[...] o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.” Consagrando, no artigo 1º, que “[...] todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”, sendo assim as pessoas portadoras de transtornos mentais também têm o direito à proteção de seus direitos humanos fundamentais.

Desta forma, no plano internacional, considera-se que a Declaração de 1948 inaugurou a concepção contemporânea de direitos humanos, integrando os direitos civis e políticos aos direitos econômicos, sociais e culturais, superando uma visão compartimentalizada dos direitos humanos.

Não obstante veemente conteúdo, a Declaração, em si mesma, não apresenta força jurídica obrigatória e vinculante, mas possui autoridade moral (SORTO, 2008), demandando, posteriormente, trabalho para a consumação de sua juridicização, o que acabou acontecendo com o surgimento de sistemas globais e regionais de proteção desses direitos, isso em decorrência direta do desenvolvimento da sociedade internacional contemporânea.

Em consequência desse movimento de internacionalização dos direitos humanos, as Constituições de diversos Estados foram impactadas pelo tema relativo à proteção dos direitos humanos, bem na linha de pensamento do jurista Trindade (1996, p. 207), segundo o qual “[...] já não mais se justifica que o direito internacional e o direito constitucional continuem sendo abordados de forma estanque ou compartimentalizada, como foram no passado”, chegando-se ao ponto da antiga discussão da forma de incorporação dos tratados internacionais no ordenamento interno dos Estados, havida entre monistas e dualistas, perder o espaço que ocupava quando o assunto encerre tratado de direitos humanos, haja vista o tratamento especial que o tema recebe, seja do direito interno seja, do direito internacional, todos inclinados no mesmo sentido de dar plena efetividade ao conjunto de proteções universalmente consagradas, numa tendência constitucional sintomática de uma escala de valores na qual o ser humano passa a ocupar posição central.

Apesar dessa evolução, a dinâmica de incorporação da normativa internacional de proteção da pessoa humana ao direito interno dos Estados constitui assunto de alta prioridade, pois é justamente da adoção e aperfeiçoamento de medidas nacionais de implementação que depende, em grande parte, o futuro da própria proteção internacional dos direitos humanos. Sendo que, a par desta integração normativa no âmbito textual, ainda é necessário que se alcance a compatibilização jurisdicional, ou seja, a compatibilização dos atos internos praticados pelos Estados, com suas obrigações internacionais de proteção, o que significa dizer que é necessário harmonizar o tema entre os tribunais internacionais e os tribunais nacionais em matéria de direitos humanos.

Nessa seara, os tratados de direitos humanos, de modo geral, atribuem aos tribunais internos a função de proteção a tais direitos, o que implica os tribunais nacionais conhecerem e interpretarem as disposições dos tratados como forma de compatibilizar e prevenir conflitos entre as jurisdições nacionais e internacionais, isso

por meio das várias vias previstas para tanto, com preservação da autonomia dos tribunais internos (Judiciário local) para aplicação e implementação do direito internacional dos direitos humanos em nível nacional.

Contudo, embora haja previsão de aplicação do direito por parte dos tribunais internos de cada Estado e, ainda, que a cláusula de subsidiariedade dos procedimentos internacionais esteja consagrada – donde prevalece o requisito de esgotamento prévio dos recursos de direito interno –, os atos internos dos Estados podem ser objeto de exame por parte dos órgãos de supervisão internacional - Corte Européia e Corte Interamericana de Direitos Humanos, por exemplo – sempre que for verificada a ocorrência de erro de fato ou de direito, cometido pelos tribunais internos, relacionados à violação de direitos assegurados pelos tratados de direitos humanos. Afinal, muito além da previsão formal de um recurso de direito interno para proteção dos direitos humanos, é preciso que este recurso interno tenha eficácia. Como afirma Trindade:

[...] uma nova visão desta conjunção de deveres complementares quanto aos meios de reparação internos contribui para uma reavaliação da questão mais ampla da interação entre o direito internacional e o direito interno no âmbito da proteção dos direitos humanos. (TRINDADE, 1996, p. 223).

Ainda, com intuito de dirimir as possibilidades de conflitos entre os instrumentos legais de proteção, emerge o entendimento consagrado nos tratados de direitos humanos, segundo o qual, nas questões relativas aos direitos humanos, cabe a aplicação da primazia da norma mais favorável à vítima, seja ela norma de direito internacional ou de direito interno. Agora, portanto, as normas internacionais que consagram e definem claramente um direito individual passível de reivindicação ante um tribunal ou juiz interno, são diretamente aplicáveis, com primazia da aplicação da norma mais favorável à vítima.

O Estado brasileiro, a partir da democratização e seguindo a linha evolutiva do Direito Internacional dos Direitos Humanos, aderiu aos principais tratados de proteção dos direitos humanos, inserindo-se assim no cenário de proteção internacional dos direitos humanos. Destarte, nas palavras de Piovesan, a inserção do Brasil neste sistema internacional de proteção não tem a pretensão de substituir ou de se sobrepor ao sistema nacional:

Atente-se que o Direito Internacional dos Direitos Humanos, com seus inúmeros instrumentos, não pretende substituir o sistema nacional. Ao revés, situa-se como direito subsidiário e suplementar ao direito nacional, no sentido de permitir sejam superadas suas omissões e deficiências. No sistema internacional de proteção aos direitos humanos, o Estado tem a responsabilidade primária pela proteção desses direitos, ao passo que a comunidade internacional tem a responsabilidade subsidiária. Os procedimentos internacionais têm, assim, natureza subsidiária, constituindo garantia adicional de proteção dos direitos humanos, quando falham as instituições nacionais. (PIOVESAN, 2010, p. 163).

A Constituição Brasileira de 1988 é, portanto, a primeira da história do país a estabelecer a prevalência dos direitos humanos como princípio do Estado brasileiro em suas relações internacionais (art. 4º, II, CF). Ela declara o Brasil, como Estado Democrático de Direito, que tem como fundamento a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), e estatui que os direitos e garantias expressos na Carta não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que o Brasil seja parte (art. 5º, §2º, CF). E esse perfil adotado pela Constituição da República é uma forma de conceder tratamento especial, no plano de direito interno, aos direitos e garantias individuais internacionalmente consagrados, inclusive, declarando que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata (art. 5º, §1º, CF).

Assim, observa-se que a Constituição Brasileira de 1988 se inseriu na nova tendência de mudanças assimilada por várias outras constituições, conferindo tratamento especial também no plano do direito interno aos direitos e garantias individuais internacionalmente consagrados. E esta inovação é fruto da necessidade do Estado brasileiro organizar sua agenda internacional de maneira mais alinhada com as transformações internas advindas do processo de democratização nacional.

Apesar desse avanço, os instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos não ingressam propriamente no corpo do texto constitucional, uma vez que apenas complementam o rol dos direitos e garantias fundamentais protegidos pela Lei Fundamental, ampliando o núcleo mínimo de direitos e garantias nestes consagrados.

Em verdade, incorporado o tratado internacional ao direito interno, debate-se sobre a hierarquia que o instrumento alcança no ordenamento jurídico nacional. Sob este aspecto, ante a ausência de regulamentação expressa a respeito, a matéria sempre foi objeto de larga discussão doutrinária e jurisprudencial.

A tese da constitucionalidade dos tratados de direitos humanos há muito é defendida por Piovesan e Cançado Trindade que, antes mesmo da EC n. 45/04²⁸, já advogavam que os tratados de direitos humanos incorporados ao direito pátrio possuiriam, a teor do §2º do art. 5º da Constituição da República, hierarquia constitucional, especialmente em razão da matéria veiculada no documento ser de natureza constitucional e de direitos fundamentais.

Com o advento da EC n.45/04 consolidou-se na doutrina pátria, como afirma Figueiredo (2009, p. 183-210), quatro entendimentos a respeito da questão: a) hierarquia supraconstitucional²⁹; b) hierarquia constitucional; c) hierarquia infraconstitucional; d) hierarquia supralegal, mas infraconstitucional.

Verifica-se, com isso, que a sistemática brasileira, quanto ao tratamento dado aos tratados de direitos humanos no ordenamento pátrio, vem evoluindo gradativamente, e um dos marcos desta evolução foi o acórdão do Supremo Tribunal Federal, proferido pelo Min. Cezar Peluso no RE 466.343-1 SP, de 3 de dezembro de 2008, que, muito embora tenha concorrido com voto contrário do Min. Gilmar Mendes – que levantou a tese da supralegalidade³⁰ dos tratados de direitos humanos – foi o voto vencedor e, desta forma, modificou um entendimento da Suprema Corte que vigorava há décadas³¹ - da infraconstitucionalidade dos tratados de direitos humanos - conferindo, agora, tratamento hierárquico constitucional aos tratados internacionais de direitos humanos incorporados ao ordenamento nacional.

Demais disso, como marco desta evolução, em 3 de dezembro de 1998, o Estado Brasileiro reconheceu a competência jurisdicional da Corte Interamericana de Direitos Humanos por meio do Decreto Legislativo n.89/98 – já tendo inclusive sido julgado por sentença oriunda deste Tribunal, em caso que envolveu tratamento dispensado à pessoa portadora de transtorno mental (Caso Damião Ximenes contra o

²⁸ A EC 45/04 acrescentou o §3º do art. 5º da CF, e, com isso, procurou sanar a discussão ao afirmar que os tratados de direitos humanos aprovados com quórum de votação de emenda constitucional são recepcionados pelo ordenamento jurídico com *status* de emenda constitucional.

²⁹ A hierarquia supraconstitucional é defendida pelo internacionalista Celso Duvivier de Albuquerque Mello (MELLO, 2004) e afirma que os tratados internacionais são incorporados ao direito brasileiro e passam a ter uma hierarquia superior as normas constitucionais.

³⁰ A tese da supralegalidade pugna pelo argumento de que os tratados de direitos humanos seriam infraconstitucionais, mas, em virtude de seu caráter especial em relação aos atos normativos, também seriam dotados de um atributo de supralegalidade, ou seja, embora não pudessem afrontar a Constituição, teriam lugar reservado no ordenamento jurídico.

³¹ A tendência anterior conferia status de lei ordinária ao tratado internacional de direitos humanos com base no RE 80.004/SE, rel. Min. Xavier de Albuquerque, DJ 29.12.1977.

Brasil)³² - e, ainda, em 07 de fevereiro de 2000, o Brasil assinou o Estatuto do Tribunal Penal Internacional.

Estas atitudes adotadas pelo Estado brasileiro submetem-no à responsabilização da jurisdição internacional, quando se deixar de cumprir ou violar as obrigações jurídicas assumidas no âmbito internacional, acaba fortalecendo as instâncias de proteção dos direitos humanos internacionalmente assegurados, demonstrando a necessidade de compatibilização das jurisdições nacional e internacional na matéria, cabendo ao Estado brasileiro elaborar todas as disposições de direito interno necessárias a conferir efetividade aos direitos e liberdades enunciados nos tratados internacionais de que seja parte.

Após a modificação da forma de incorporação dos tratados de direitos humanos, por meio do movimento de internacionalização dos direitos humanos e a consequente adesão de diversos documentos internacionais na área de saúde, passou-se a estabelecer as conexões entre o direito e a saúde, os direitos humanos e as pessoas portadoras de transtornos mentais, ao longo do século XX e início do século XXI.

As exigências da legislação internacional de direitos humanos, incluindo tanto instrumentos das Nações Unidas como instrumentos regionais de direitos humanos, devem constituir o marco da elaboração da legislação nacional concernente às pessoas com transtornos mentais ou da regulamentação de sistemas de saúde mental e serviço social.

Todos os documentos, nacionais e internacionais, possibilitam a promoção e a proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e, conseqüentemente, objetivam a execução de serviços de saúde mental baseados num sistema de garantia de direitos. Tudo isto vem tentando ser alcançado pelas novas políticas de saúde desenvolvidas em diversos países, dando-se maior ênfase no sentido da implantação da Reforma Psiquiátrica, seguindo influência do Movimento de Reforma Psiquiátrica da Itália, que impulsionou a desconstrução de práticas de institucionalização da loucura, dando visibilidade ao sujeito com transtorno mental como pessoa dotada de plena cidadania e subjetividade, evidenciando a relação entre o movimento dos direitos humanos e o da Reforma Psiquiátrica.

³² Caso Damião Ximenes contra o Brasil. Em sentença proferida na data de 4 de julho de 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) condenou o Estado brasileiro pela morte de Damião Ximenes, ocorrida em uma clínica psiquiátrica na cidade de Sobral (Ceará) em 1999. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf> Acesso em 1 dez. 2010.

1.3.1 Normatização internacional

Existem duas espécies de categorias gerais em que se enquadram os documentos internacionais de direitos humanos. A primeira delas tem força obrigatória e vinculam legalmente os Estados que a ratificam ou a ela aderem, como é o caso do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP, 1966) e do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC, 1966), ambos com respectiva aplicação imediata e mediata. A segunda espécie, por sua vez, engloba diretrizes emitidas por organismos internacionais que se referem a “padrões” internacionais de direitos humanos, os quais podem e devem influenciar a legislação nos países, como é o caso das Resoluções da ONU e da OMS.

As pessoas portadoras de transtornos mentais têm o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, sociais e culturais, conforme reconhecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), no Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e no Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966) – ambos ratificados pelo Brasil em 1992 -, além, no âmbito do sistema regional interamericano, da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 (Pacto de San José da Costa Rica), da Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1985) e da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (1999) – esta última aderida pelo Brasil em 2001-, entre outros instrumentos mais recentes.

Diante de alguma violação de direitos, é imprescindível examinar, portanto, os principais instrumentos adotados em nível global, regional e nacional, atentando para a necessidade de sua aplicação também às pessoas com transtornos mentais autoras de delitos.

No âmbito do Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (PIDCP), destaca-se a previsão do direito à vida, do direito de não ser submetido à tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, dos direitos à liberdade e à segurança pessoal e o de não ser sujeito a prisão ou detenção arbitrárias, do direito a um julgamento justo, do direito à igualdade perante a lei e da proteção contra interferência arbitrária na vida privada.

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), por sua vez, amplia o elenco dos direitos sociais, econômicos e culturais previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, cabendo assinalar a previsão do direito ao

trabalho, do direito a nível de vida adequado (alimentação, vestimenta e moradia adequadas), do direito ao mais elevado nível em saúde física e mental e do direito à educação.

Outro instrumento internacional que deveria ser considerado como o mais relevante para a questão do portador de transtorno mental foi: a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental (Resolução da ONU n° 2856, de 20 de dezembro de 1971)³³, que, para além da atenção médica e do tratamento físico dos doentes, assegurava, ainda, o direito à instrução, à formação, à readaptação, à orientação, à segurança econômica, a um nível de vida decente, o direito à proteção contra a exploração, abuso e tratamento degradante, dentre outros direitos; e, subsidiariamente, a Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes (Resolução da ONU n° 3.447, de 09 de dezembro de 1975), tendo esta última sido atualizada pela ONU, em 2006, com a aprovação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Resolução n° 61/106, de 13 de dezembro de 2006) – como será visto adiante. Cabe salientar que estes instrumentos da ONU falam de deficiência mental, e, de modo implícito, extrai-se a questão da doença mental.

Importa mencionar, ainda, no âmbito do sistema global, a Resolução n° 46/119 da ONU, aprovada em 17 de dezembro de 1991, que adotou os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para Melhoria da Assistência à Saúde Mental (Princípios ASM), estabelecendo padrões mínimos de direitos humanos para a prática no campo da saúde mental. (FUNK; DREW e SARACENO, 2005, p.197).

A referida Resolução contém 25 princípios e foi aprovada buscando a humanização dos serviços de saúde mental, com o estabelecimento de padrões mínimos para assegurar os direitos das pessoas com transtorno mental, além de declarar o direito à informação acerca do tratamento, o direito do doente a ser tratado com consentimento informado, o direito à privacidade, a interdição e a integração social. Cumpre ressaltar que o Princípio 20 dispõe, expressamente, que todos os direitos nela previstos estendem-se às pessoas presas e às internas em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP):

Princípio 20
Infratores criminosos

1. Este Princípio se aplica a pessoas que cumprem sentenças de prisão por infrações criminosas, ou que sejam de outro modo detidos no

³³ O conteúdo integral desta Declaração consta no Anexo A deste trabalho.

curso de procedimento ou investigações criminais contra eles e sobre os quais se determinou possuírem uma doença mental ou se suponha terem uma doença mental ou se acredite que possam ter tal doença. 2. Todas estas pessoas deverão receber a melhor atenção à saúde mental disponível conforme o disposto no Princípio 1. Estes Princípios deverão ser aplicados a elas na maior extensão possível, apenas com as limitadas modificações e exceções que se fizerem necessárias nas circunstâncias. Nenhuma de tais modificações e exceções deverá prejudicar os direitos das pessoas nos termos dos instrumentos citados no parágrafo 5 do Princípio 1. 3. A lei nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente, atuando na base de parecer médico competente e independente, a ordenar que tais pessoas sejam admitidas a um estabelecimento de saúde mental. 4. O tratamento de pessoas nas quais se constatou uma doença mental deverá, em todas as circunstâncias, ser condizente com o Princípio 11. (FUNK; DREW; SARACENO, 2005, p. 206).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu, em 1996, a “Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos” e as “Diretrizes para Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais”, ambas para auxiliar a compreensão e interpretação dos Princípios trazidos pela Resolução nº 46/119 da ONU, e servir de guia para que os países desenvolvessem legislações de saúde mental.

Além dos vários sistemas internacionais de monitoração dos direitos humanos, há também uma série de convenções regionais de proteção dos direitos humanos.

O Pacto de San José da Costa Rica e as Convenções Interamericanas para Prevenir e Punir a Tortura e para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, por sua vez, como assinalado anteriormente, são instrumentos fundamentais no combate à tortura e às demais violações perpetradas contra pessoas portadoras de transtornos mentais, como ocorreu no “caso Damião Ximenes”, marcado como o primeiro caso brasileiro julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, o qual resultou na condenação do Brasil ante o reconhecimento parcial de sua responsabilidade internacional por violação aos direitos humanos.

Registre-se, também, no sistema regional, a Declaração de Caracas, aprovada em 14 de novembro de 1990, na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, e também assinada pelo Brasil. Esta Declaração visa promover serviços de saúde mental de base comunitária, sugerindo a reestruturação da assistência psiquiátrica existente, com a superação do modelo hospitalocêntrico, sendo considerado o mais importante acordo internacional

sobre a reforma psiquiátrica na América Latina. (FUNK; DREW e SARACENO, 2005, p. 19).

Recentemente, em 2006, a ONU aprovou nova Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Resolução nº 61/106, de 13 de dezembro de 2006), sendo a primeira na temática dos direitos humanos a ser lançada no século XXI. Esta nova Convenção substituiu a antiga Resolução nº 3.447, de 09 de dezembro de 1975, sobre a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes e tem o objetivo de promover, proteger e garantir o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Em 2008, o Brasil, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008 (promulgado através do Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009) aderiu à mencionada Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas. Esta Convenção inclui, como deficientes, aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros.

Vê-se, como já assinalado, que não há referência específica nestes instrumentos à doença mental ou ao transtorno mental, mas tão somente à deficiência mental, tendo este conceito sido erroneamente utilizado, em alguns aspectos, como sinônimo de doença. Na verdade, pelo que se percebe, conforme Piovesan assinala, a Convenção inovou na medida em que reconhece ser a deficiência um conceito em construção, ou seja, não se trata de um conceito matemático objetivo de certo e errado (ser ou não ser), devendo ser vista muito mais como o resultado da interação entre indivíduos e seu meio ambiente, do que apenas como algo que apenas reside intrínseca e isoladamente no indivíduo. (PIOVESAN, 2010, p. 225).

Este novo instrumento da ONU ratifica todos os direitos das pessoas com deficiência, proibindo a discriminação contra elas em todos os aspectos da vida, incluindo os direitos civis, políticos, econômicos e sociais, como o direito à educação e aos serviços de saúde, assegurando, ainda, o reconhecimento da igualdade perante a lei, a proibição da discriminação, a proteção à integridade física, o acesso à justiça, bem como à liberdade e à segurança da pessoa, além de garantir direito à liberdade de expressão e respeito à privacidade e à família.

Ressalta-se que o artigo 14 desta Convenção determina que os Estados Membros assegurem que pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidade com

as demais, “[...] não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade”. Observa-se, portanto, a necessidade de ser legalmente justo com pessoas que cometeram crime, aparentemente devido a transtorno mental, e de prevenir o abuso em relação a pessoas com transtornos mentais que se envolveram no sistema da justiça criminal.

Assim, embora não haja um instrumento específico voltado ao portador de transtorno mental autor de injusto penal, é certo que a maioria dos estatutos admite que as pessoas que não tinham controle sobre suas ações, devido a um transtorno mental no momento do crime, ou que eram incapazes de compreender e participar de procedimentos judiciais devido a doença mental, necessitam de salvaguardas processuais na época do julgamento e sentenciamento. O grande problema é que o modo como esses indivíduos são detidos e tratados não é, em geral, considerado na legislação ou, quando isso é feito, o é de maneira omissa, resultando em abuso aos direitos humanos. (FUNK; DREW; SARACENO, 2005).

1.3.2 Constituição Federal e normatização nacional

A Constituição Federal brasileira de 1988 declara o Brasil como Estado Democrático de Direito, assinalando, como um dos seus fundamentos, a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, CF), estatuidando em seu art. 5º diversos direitos e garantias fundamentais, salientando que todos são iguais perante a lei e garantindo aos brasileiros e estrangeiros residentes no país o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança. Ela relaciona, ainda, no art. 3º, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil como sendo a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional, reduzir as desigualdades sociais; e promover o bem de todos, sem preconceitos. Nesse sentido, todos os direitos previstos na Carta de 1988 devem ser garantidos às pessoas com transtornos mentais.

A Constituição de 1988 constituiu, sem dúvida, um marco em razão do reconhecimento dos direitos humanos civis, políticos, econômicos sociais e culturais, todos insculpidos nos artigos, 5º, 6º e 7º, impondo ao Estado o dever de promover ações que garantam a inclusão de todas as pessoas, tomando como base o princípio da igualdade.

No que diz respeito à legislação específica direcionada às pessoas portadoras de deficiências (termo outra vez utilizado erroneamente na legislação como abrangendo a questão da doença mental), importa registrar a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, dentre outras questões.

Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 3.298, de 20 de novembro de 1990, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando as normas de proteção e conferindo outras providências, estabelecendo no seu art. 1º que “A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência compreende o conjunto de orientações normativas que objetiva assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiências”.

No âmbito da saúde, sob o amparo dos princípios da Resolução nº 46/119 da ONU, de 1991, foram estabelecidas, pelo Conselho Federal de Medicina, algumas Resoluções com o intuito de normatizar o atendimento médico conferido ao portador de transtorno mental, tais como a CFM 1407/1994 e CFM 1408/1994, ambas revogadas pela CFM 1952/2010, que adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, e a CFM 1598/2000, que normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtornos mentais.

Boa parte da legislação pioneira em saúde mental visava à salvaguarda da sociedade de pacientes perigosos, isolando-os ao máximo do convívio social, ou a custódia de longo prazo daqueles que não representavam risco, mas que eram incapazes de cuidar de si mesmos. Muito pouco se pensava na promoção dos direitos das pessoas com transtorno mental como pessoas e principalmente como cidadãos.

No entanto, a Política Nacional de Saúde Mental Brasileira está sendo construída a partir dos Movimentos de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica e preconiza uma atenção integral e de qualidade ao portador de transtorno mental que necessita de cuidados especializados. Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abusos e violação de direitos. Portanto, uma sociedade que respeita e cuida de seus cidadãos deve ter uma preocupação particular em assegurar em sua legislação uma proteção aos seus cidadãos mais vulneráveis.

Neste percurso legislativo, a promulgação da Lei nº 10.216 (Lei Paulo Delgado), em 6 de abril de 2001³⁴, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, constituiu um avanço na medida em que refletia os princípios da Reforma Psiquiátrica, reforma esta que será analisada no capítulo seguinte.

Até a instituição dessa lei muitas pessoas eram admitidas e tratadas em estabelecimentos de saúde mental permanecendo ali pelo resto de sua vida e contra sua vontade. Sendo assim, questões referentes ao consentimento para admissão e tratamento foram redimensionadas de forma a coibir a prática de internações compulsórias e desnecessárias. Atualmente, portanto, mesmo que a realidade ainda não seja essa, já existe previsão legal que coíbe práticas abusivas.

Quanto à matéria específica do tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais autores de delitos pela normativa nacional, a legislação penal vigente afirma que eles não podem ser considerados culpados por motivos de insanidade e, como consequência desta condição, estes sujeitos terão um destino diferente dos demais criminosos, tendo direito a tratamento em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Assim, de acordo com o que preconiza a legislação penal o transtorno mental é causa excludente de culpabilidade³⁵ e, por isso, as pessoas com transtornos mentais autoras de crimes geralmente são absolvidas (absolvição imprópria), sendo-lhes aplicada medida de segurança³⁶.

De acordo com a lei, quando existe a suspeita de transtorno mental no indivíduo que praticou delito, deve ser feita a solicitação médica legal, para que avalie a imputabilidade com formação do processo "incidente em insanidade mental". Um perito determina a insanidade do ser humano, por meio de laudos com conclusões e respostas ao que foi questionado e, principalmente, a avaliação da periculosidade da pessoa que

³⁴ O Projeto de Lei 3.657 foi apresentado em 1989, pelo então Deputado Federal Paulo Delgado, e propunha a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao tratamento, indicando a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por outros recursos assistenciais não-manicomiais. Sua aprovação encontrou forte resistência dos donos de clínicas psiquiátricas particulares que eram conveniadas ao SUS e por isso precisou de mais de 10 anos de discussão para enfim em 2001 ser aprovado com alterações.

³⁵ O Código Penal estabelece que o portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato fica isento de pena. (Art. 26 do Código Penal Brasileiro).

³⁶ De acordo com o Código Penal, as espécies de medidas de segurança são duas: internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou em outro estabelecimento adequado; e sujeição a tratamento ambulatorial. (Art. 96, do Código Penal Brasileiro).

foi examinada, avaliando: atenção, memória, orientação, consciência, alterações sobre a maneira de como pensa, alterações de humor e capacidade de abstração. Terminado o exame de insanidade mental, a pessoa é enviada ao juiz, que pode acatar ou não; caso acate, o acusado é absolvido e lhe será aplicada medida de segurança.

Os portadores de transtornos mentais podem, após a análise pericial e decisão judicial, serem tidos como inimputáveis ou semirresponsáveis. Os inimputáveis não respondem juridicamente porque não têm capacidade para sofrer juízo de censurabilidade. São isentos de pena. Os semirresponsáveis, por sua vez, são imputáveis, ou seja, respondem pelo fato, mas sofrem diminuição na pena (de um a dois terços) por terem sua capacidade de discernimento diminuída.

Com a adoção do sistema chamado vicariante ou unitário (em oposição ao sistema do duplo binário anterior), em razão da reforma penal de 1984, ao autor de injusto penal, agora se aplica pena ou medida de segurança. Um caminho exclui o outro. No caso de inimputável, a solução é sempre a aplicação de medida de segurança que pode ser: a) internação em hospital de custódia e tratamento; ou b) tratamento ambulatorial. Já no caso do semirresponsável, o juiz pode optar entre: a) diminuir a pena³⁷; ou b) substituí-la por uma das duas medidas de segurança, se o condenado necessitar de especial tratamento curativo³⁸.

O sistema penal elucidado, no entanto, sofre muitas falhas, inúmeras críticas e destoa do que preconiza a legislação de saúde mental. A inimputabilidade acaba tendo, em razão da lei e da prática do sistema carcerário, um tratamento muito mais penal que terapêutico. Se os estabelecimentos psiquiátricos em geral já são ruins, calcule-se como são os manicômios judiciários. Toda esta sistematização da medida de segurança será abordada de maneira detalhada no segundo capítulo desta pesquisa que terá como enfoque a avaliação do lugar que a loucura ocupa no âmbito do direito penal.

Por fim, é evidente que, considerando o novo modelo adotado pela Lei nº 10.216/01, é preciso promover mudanças urgentes em vários pontos da legislação penal,

³⁷ Art. 26. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou 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 1 (um) a 2/3 (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.

³⁸ Art. 98, do Código Penal: “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”.

pois os direitos previstos na referida lei devem ser amplamente garantidos “sem qualquer forma de discriminação”, seja 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 transtorno³⁹.

De fato, observando que o parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216/01 prescreve os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, é possível concluir que toda a estrutura da legislação de saúde mental é voltada para o tratamento e apoio ao doente, não para a punição. A pessoa portadora de transtorno mental deve ser cuidada com humanidade e respeito, devendo receber o melhor tratamento do sistema de saúde, em ambiente terapêutico adequado, de modo a alcançar a sua recuperação e a sua inserção na família, no trabalho e na comunidade⁴⁰.

A partir da análise perfunctória, podia-se pensar que, com o advento da reforma psiquiátrica, teria sido colocado um fim nos chamados manicômios judiciais. Entretanto, não foi isso o que ocorreu, pois o que a nova lei de saúde mental passou a proibir foi a internação em “instituições com características asilares”, ou seja, aquelas desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, terapeutas ocupacionais, de lazer e outros (§2º, do artigo 4º, da Lei nº 10.216/01) e que não assegurassem ao paciente os direitos básicos do sistema. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), local em que devem ser feitas as internações, veio, então, para substituir os antigos manicômios judiciais presentes na legislação de 1940, mantendo, entretanto, a característica asilar do manicômio.

Após a nova Lei de Saúde Mental, os debates se acirraram com a realização de seminários e conferências para a discussão de propostas que assegurassem os direitos dos usuários dos serviços de assistência psiquiátrica privados de liberdade. Os debates

³⁹ Lei nº. 10.216/01, 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.

⁴⁰ Lei nº. 10.216/01, Art. 2º: Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

ensejaram a publicação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação, e a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003, que aprovou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário - que se destina a promover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas -, fazendo referência específica ao HCTP em seu art.8º,§3º⁴¹, tendo sido complementada com a Portaria nº 268, de 17 de setembro de 2003, do Ministério da Saúde, que determina a presença de serviços de saúde nos HCTPs.

No entanto, apenas com a aprovação, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), da Resolução nº 05, de 04 de maio de 2004, que estabelece diretrizes para cumprimento da Medida de Segurança, adequando-as às disposições da Lei nº 10.216/01, foi dada uma maior atenção aos internos dos hospitais de custódia. Esta Resolução⁴² prevê a integração dos HCTP à rede de cuidados do

⁴¹ Art. 8º,§3º: “Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico serão beneficiados pelas ações previstas nesta Portaria e, em função de sua especialidade, serão objeto de norma própria.”

⁴² Diretrizes da Resolução CNPCP nº 5/04: 1. O tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4º, § 1º da Lei nº 10.216/01), tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar. 2. A atenção prestada aos pacientes inimputáveis deverá seguir um programa individualizado de tratamento, concebido por equipe multidisciplinar que contemple ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e seja voltado para a reintegração sóciofamiliar. 3. O internado deverá “ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades” (art. 2º, § 1º, inciso I), de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população. 4. Os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de Justiça e Saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede. 5. A medida de segurança deverá ser cumprida em hospital estruturado de modo a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer etc. (art. 4º, § 2º). 6. A atenção deverá incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos voltados ao desenvolvimento da cidadania e à geração de renda, respeitando as possibilidades individuais. 7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social. 8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS. 9. Os Estados deverão realizar censos jurídicos, clínicos e sociais dos portadores de transtornos mentais que sejam inimputáveis, a fim de conhecer suas necessidades terapêuticas, disponibilizar recursos, garantir seu retorno à comunidade de referência e acesso a serviços territoriais de saúde. 10. A conversão do tratamento ambulatorial em internação só será feita com base em critérios clínicos, não sendo bastante para justificá-la a ausência de suporte sócio-familiar ou comportamento visto como inadequado. 11. A medida de segurança só poderá ser restabelecida em caso de novo delito e após sentença judicial. Os casos de reagudização de sintomatologia deverão ser tratados no serviço de referência local. 12. A medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica. 13. A fim de garantir o acesso dos egressos dos hospitais de custódia aos serviços residenciais terapêuticos, deverão ser estabelecidas cotas específicas para estes pacientes nos novos serviços que forem sendo criados. 14.

Sistema Único de Saúde, corroborando o direito ao tratamento adequado do doente, garantindo o acesso ao melhor serviço de saúde mental disponível. Ocorre que, passados mais de sete anos da publicação desta resolução, grande parte dos Estados e das instituições que abrigam o portador de transtorno mental autor de delito no país não implementou as mudanças necessárias a assegurar o direito ao tratamento.

Em 2010, dando continuidade às discussões da sociedade civil, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - realizada no período de 27 de junho a 1 de julho de 2010, em Brasília - tendo ainda sido publicadas duas novas Resoluções na tentativa de melhoria do sistema: a Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que dispõe sobre o procedimento relativo à execução da pena privativa de liberdade e medida de segurança; e a Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP), que, após reconhecer o aprendizado a partir do amadurecimento de programas pioneiros de atenção aos pacientes judiciários, adotando a política antimanicomial, resolveu recomendar, às secretarias estaduais que administram o sistema prisional, a adoção da referida política no tratamento dos pacientes, determinando a observância aos princípios estabelecidos na Lei nº 10.216/01, estabelecendo orientações a respeito da necessidade da intersetorialidade como forma de abordagem, acompanhamento psicossocial contínuo, individualização da medida e promoção da inserção social do sujeito, fortalecendo suas habilidades e capacidades.

No Estado do Acre, conforme se apresentará ao longo do trabalho, não há regulamentação específica quanto ao tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, não havendo assim, rede de atendimento integrada em vigor, o que importa que os portadores de transtornos mentais autores de injusto penal não recebam

Como forma de superar as dificuldades de (re)inserção dos egressos nos serviços de saúde mental da rede, os gestores de saúde locais devem ser convocados, desde o início da medida, para participarem do tratamento, realizando busca ativa de familiares e preparando a família e a comunidade para o retorno do paciente. 15. Após a desinternação, desde o primeiro ano, o paciente deve ser assistido no serviço local de saúde mental, paralelamente ao tratamento ambulatorial previsto em lei, com o objetivo de construir laços terapêuticos em sua comunidade. 16. Os pacientes com longo tempo de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, que apresentem quadro clínico e/ou neurológico grave, com profunda dependência institucional e sem suporte sócio-familiar, deverão ser objeto de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” (art.5º da Lei), beneficiados com bolsas de incentivo à desinternação e inseridos em serviços residenciais terapêuticos. 17. Os portadores de transtornos relacionados ao uso de drogas deverão ser objeto de programas específicos, de conformidade com a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. 18. Em caso de falta às consultas ou abandono de tratamento, os serviços locais de saúde deverão realizar visitas domiciliares com o fim de avaliar a situação e estimular o retorno do paciente ao tratamento.

tratamento especializado adequado, como preconiza a legislação, cabendo então extrair das falas apresentadas pelos entrevistados qual a solução da questão.

2 O LUGAR DA LOUCURA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

A loucura, conforme conclusão do primeiro capítulo, a partir da obra de Foucault, é uma ideia construída histórica e socialmente e os conhecimentos e as práticas jurídico-sociais em torno dela são, agora, orientados pelo campo médico (psiquiatria), cabendo, portanto, doravante, analisar a construção jurídica arquitetada para tratar da questão.

O sistema de justiça criminal é encarregado de proteger o público e punir criminosos por meio da aplicação da lei de maneira justa e imparcial, ou seja, uma lei que deve (ou deveria) ser aplicada a todos indistintamente. Apesar disso, será que a polícia, o Ministério Público e os tribunais estão buscando a proteção dos direitos não só das vítimas de crimes, mas também de populações particularmente vulneráveis, dentre as quais as pessoas com transtornos mentais autoras de injustos criminais⁴³?

De acordo com o Código Penal brasileiro, os sujeitos infratores e considerados portadores de transtornos mentais, declarados legalmente inimputáveis, são destinatários das denominadas medidas de segurança, institutos que representam espécies de sanções legais, que impõem, em alguns casos, a reclusão do indivíduo em estabelecimentos específicos, conhecidos, pela terminação antiga, como Manicômios Judiciários ou, de acordo com a terminologia atual, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico- HCTP.

Analizando a medida de segurança, Ferrari destaca o caráter marcadamente retributivo-preventivo da mesma ao afirmar que ela “[...] constitui uma providência do poder político que impede que determinada pessoa, ao cometer um ilícito-típico e se revelar perigosa, venha a reiterar na infração, necessitando de tratamento adequado para sua reintegração social”. (FERRARI, 2001, p. 15).

Com isso, percebe-se que, na disposição legal criminal, há, em certa medida, uma associação do discurso médico-psiquiátrico com o jurídico, como, por exemplo, revelam as expressões “Hospital de Custódia” e “tratamento”, isso a contribuir para

⁴³ O portador de transtorno mental não pratica crime, mas sim injusto penal. Isso se justifica porque a teoria criminal define crime como sendo o fato típico, jurídico e culpável, e, assim, na medida em que o portador de transtorno mental é inimputável, ele não é culpável (imputabilidade é pressuposto da culpabilidade). Desta forma, convencionou-se dizer que o portador de transtorno mental infrator da norma penal pratica injusto criminal.

instalação de práticas institucionais que levam à deterioração individual e social deste grupo vulnerável e, com frequência, a sua cronificação institucional.

Com efeito, após a consolidação do manicômio (hospital psiquiátrico) no século XVIII como estrutura médica de isolamento e tratamento, iniciou-se, no século XIX, a aliança entre a psiquiatria e o direito⁴⁴, passando a prevalecer a irresponsabilidade penal e a teoria da regeneração, que fundamentava a psiquiatria, juntamente com conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade. (CASTRO, 2009, p. 57). É esta aliança que criminaliza a loucura e acarreta um processo de exclusão social e degeneração do cidadão portador de transtorno mental que infringe, sem consciência para tanto, a legislação penal.

De acordo com análise empreendida por Carvalho, os modelos de periculosidade individual ou social inspirado no tipo ideal lombrosiano que surgem com a doutrina da defesa social, criam “estatutos penais de cunho behaviorista anti-secularizados” (CARVALHO, 2009, p. 129) e o exercício do direito de punir tenta consolidar as teorias de ressocialização, recuperação e regeneração do criminoso, fortalecendo a criação dos manicômios judiciários.

Neste contexto, uma meta importante do sistema de justiça criminal deve ser assegurar que ninguém com transtorno mental seja impropriamente mantido sob custódia policial ou numa prisão. Daí a necessidade de se analisar, neste capítulo, o instituto jurídico penal criado com o intuito de dar tratamento protetivo ao portador de transtorno mental autor de injusto criminal e a sua efetividade ante a Reforma Psiquiátrica.

2.1 APONTAMENTOS HISTÓRICOS ACERCA DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Há muito o direito penal e seus estudiosos discute qual seria a adequada maneira de tratar o criminoso louco que representava perigo para a sociedade. A criação da medida de segurança está de alguma forma inspirada na ideia geral de que existe diferença primordial nos crimes cometidos por “loucos” daqueles cometidos por seres humanos ditos “normais”, uma vez que estes teriam consciência de suas decisões e

⁴⁴ O manicômio judiciário, como já visto no capítulo anterior teve sua origem na Inglaterra e na França, no início do século XIX, por ocasião da instalação do pensamento da Escola Positivista de Direito Criminal, quando se passa a entender que algumas transgressões às normas vigentes são sintomas de doenças e que isso é indicador de periculosidade, ou seja, o doente é criminoso e, conseqüentemente, perigoso.

controle de suas ações. Esta distinção essencial coloca em vértices opostos os binômios: crime x culpa e loucura x inocência.

Uma das medidas mais antigas aplicáveis aos doentes mentais ocorreu com os romanos que, equiparando os “loucos” (*furiosi*) aos menores de sete anos de idade (*infans*), submetiam os primeiros às medidas *ad securitatem proximorum* impondo-lhes a segregação em casas de custódias com o intuito de afastar as pessoas perigosas da sociedade. (ALVIM, 1997; COHEN, 2006).

Assim, originalmente, a medida de segurança era aplicada como meio preventivo às ações dos menores infratores, ébrios ou vagabundos, constituindo em meio de defesa social contra atos sociais, mas excluída da incidência do direito penal. (FERRARI, 2001, p. 16).

Na Inglaterra, instituiu-se o “*Criminal Lunatic Asylum Act*” (1860), que determinava o recolhimento de pessoas que praticassem algum delito, desde que penalmente irresponsáveis, a um asilo de menores (*Trial of Lunatic Act*, de 1883), tendo sido esse o primeiro país a aplicar o tratamento psiquiátrico de criminoso. Sendo que, conforme já visto, o primeiro manicômio judiciário também surgiu na Inglaterra, em 1800, quando o rei Jorge III sofreu um atentado praticado por um insano mental que foi internado por tempo indeterminado, após ser absolvido.

O Código Penal italiano de 1889 (Código Zanardelli) trouxe disposições acerca das medidas de segurança propriamente ditas e exerceu grande influência na Europa e na América Latina, notadamente no Brasil. Naquela época, o surgimento da Escola Positivista do Direito Penal⁴⁵, em oposição à Escola Clássica⁴⁶, foi responsável pelo desenvolvimento da medida de segurança e pelo estudo da pessoa do delinqüente e da vítima. De uma forma geral, a Escola Positivista concentrou a atenção na pessoa do criminoso, compreendendo o crime como um fato humano individual, originário da estrutura biológica e social do delinqüente. Os positivistas italianos consideravam que o crime era uma doença social e, por isso, propunham que a cura seria alcançada durante a

⁴⁵ O psiquiatra italiano Cesare Lombroso, o sociólogo criminalista Enrico Ferri e o jurista Raffaele Garofalo, influenciados pela Antropologia Criminal, pela Psiquiatria e Sociologia forneceram as bases teóricas para o surgimento da Escola Positivista do Direito Penal no final do século XIX. Esta Escola se constituiu a partir de um conjunto de conhecimentos de Biologia, Psicologia e Medicina, influenciados pelo Positivismo, que buscavam compreender o comportamento humano a partir de sua natureza biopsicológica. A Escola Positivista do Direito Penal negava, assim, a distinção entre imputáveis e inimputáveis, afirmando que a sociedade não deveria punir, mas defender-se, através das medidas de segurança, contra aqueles que se manifestam perigosos. (ANDRADE, 2004).

⁴⁶ A Escola Clássica do Direito Penal privilegiava fins retributivistas e de intimidação à sanção penal e tomava como base a análise do homem enquanto delinqüente.

execução da sanção através do tratamento forçado. A segregação deixou de ser um instrumento de tortura para se tornar um meio de defesa social, no qual a pena assumiu a finalidade de regeneração do criminoso estando sua duração condicionada à cessação da periculosidade do indivíduo infrator.

Neste sentido, depreende-se que a origem das medidas de segurança não se encontra na elaboração teórica e abstrata de uma disciplina jurídica; ao contrário disso, ela surgiu como consequência direta da crise de repressão, durante um século em que a justiça penal assentou as suas bases em conceitos clássicos.

Na verdade, embora o instituto já estivesse delineado em providências penais aplicadas aos insanos de espírito e aos menores desde a época romanesca, foi apenas no anteprojeto de Código Penal suíço, de 1893, elaborado por Karl Stooss⁴⁷, e, posteriormente, no Código Penal português, de 1896, que as medidas de segurança apareceram pela primeira vez como sistematização de providências cuja finalidade é a prevenção individual. (COHEN, 2006, p. 125).

O Anteprojeto de Stooss concretizava as ideias da teoria da pena-fim de Franz Von Listz⁴⁸, que dispunha que toda sanção penal tinha uma concepção baseada na proteção dos bens jurídicos, integrando num só tipo de sanção os fins retributivos e preventivos, disciplinando um sistema homogêneo para as medidas de segurança, fazendo com que elas aparecessem ao lado da pena, devendo ser aplicadas nos casos em que a pena não fosse eficaz, substituindo a sanção-pena pela sanção-medida de segurança. (FERRARI, 2001, p. 28-32).

Posteriormente, apesar de presente em outros Códigos Penais, o surgimento do primeiro sistema completo de medidas de segurança se deu com o Código Penal italiano elaborado por Arturo Rocco, em 1930, em que se desenvolveu o sistema dualista ou duplo binário⁴⁹, que influenciou o legislador brasileiro de 1940. (ANDRADE, 2004, p. 4; PRADO, 2002, p. 598).

O Código Penal italiano de 1930, adotando concepção dualista, reuniu a pena e a medida de segurança, afirmando que esta última tinha caráter preventivo, não se confundindo com a pena, mas sim, apresentando-a como complemento da pena, sendo

⁴⁷ O Anteprojeto de Stooss é datado de 1893, mas somente entrou em vigência apenas em 1937, com o advento do Código Penal Suíço.

⁴⁸ Franz von Listz é considerado o principal teórico e fundador da Teoria Finalista do Direito Penal, aduzindo que a função da pena e do direito penal é proteger bens jurídicos, incidindo na personalidade do delinquente através da pena, e com a finalidade de que não volte a delinquir.

⁴⁹ O sistema duplo binário tem origem na concepção dualista com maior expoente no Código Penal Italiano de 1930 e tem como previsão o cumprimento cumulativo de pena e medida de segurança.

imposta na sentença condenatória no momento em que é apreciada a periculosidade presumida ou real do acusado. Caberia, assim, a aplicação simultânea da pena e da medida de segurança, vez que esta última era um meio de proteção da sociedade contra os indivíduos perigosos. Daí se concluir, de acordo com o pensamento de Alvim (1997, p. 26), que “a medida de segurança terá sua teoria forjada a partir da noção de defesa social”, com bases conceituais que emergem da noção de periculosidade e da concepção de prevenção social.

2.1.1 Instituição da medida de segurança no Brasil

O primeiro Código Criminal do Brasil Império, de 1830, disciplinava resposta à pessoa do louco infrator bem diferente da atualmente utilizada. Naquela época, os “loucos” eram totalmente entregues, mesmo após o cometimento de crimes, aos cuidados de sua própria família, ou seja, não havia, por parte do Estado, preocupação ou resposta do braço penal em relação às enfermidades e aos ilícitos delas decorrentes.

Em seguida, no Código da República, de 1890, o tratamento dispensado, semelhante ao anterior, ou seja, de cunho meramente policial e administrativo, introduziu tão somente a perspectiva de, caso a família assim desejasse, entregar a pessoa aos cuidados do Estado, mas ainda numa linha de medida humanitária e, portanto, não sancionatória e diversa da resposta penal, eis que era proibido julgar os loucos.

Naquela época, entretanto, inspirado nas ideias da Escola Positivista do Direito Penal, começou a surgir um elemento novo a ser relacionado ao crime: a imputabilidade do agente.

De acordo com os teóricos do Direito Penal a imputabilidade faz parte da culpabilidade e consiste, como leciona Bitencourt (2009, p. 374), na “[...] capacidade ou aptidão para ser culpável, embora, convém destacar, não se confunda com *responsabilidade*, que é o princípio segundo o qual o *imputável* deve responder por suas ações.”. O modelo que estava sendo criado propunha que o portador de transtorno mental não teria seu ato qualificado como crime, não podendo ser responsabilizado penalmente, mas devendo ser tratado pela medicina, nos moldes propostos pela já mencionada Escola Positivista, sem, contudo, haver qualquer sistematização para aplicação da medida de segurança. A Justiça passava a entender que os indivíduos

portadores de psicopatologias, que tenham infringido a lei, deveriam ser alvo de atenção especializada, não de reclusão simplesmente.

Assim, sob a influência do Código Penal italiano e do Código suíço, o primeiro anteprojeto de Código Penal do Brasil a acolher a sistematização das medidas de segurança foi o de Virgílio de Sá Pereira (Projeto de 1927), no qual se inaugurou o reconhecimento expresso à responsabilidade diminuída ou atenuada, sendo que o instituto figurava sob a denominação de “medidas de defesa social” e previa o cumprimento cumulativo de pena e medida de segurança, adotando claramente o sistema duplo binário. (ANDRADE, 2004, p. 5).

Posteriormente, no projeto do mesmo jurista, revisto pela subcomissão legislativa da qual faziam parte Bulhões Pereira e Evaristo de Moraes, o instituto passou a ter o *nomen juris* hoje adotado pelo Código Penal em vigor, “medidas de segurança”.

O caminho até se chegar a uma definição do que seria e como se daria a aplicação das medidas de segurança foi longo e tortuoso, visto que é, segundo estudo feito por Gonçalves (2008, p. 45 e 47), “[...] somente com o desenvolvimento da criminologia positivista que se pôde aplicar um fundamento científico e tornar possível sua organização dentro do sistema de direito penal”. Assim, apenas por volta de 1936, com as discussões acerca dos projetos de Código Penal, foi que a noção de medida de segurança ingressou no discurso jurídico penal.

Em 1940, através do Decreto Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, na vigência do Estado Novo, foi promulgado o novo Código Penal, com base na redação do anteprojeto de 1927 e nas suas revisões posteriores, instituindo o sistema duplo binário no ordenamento brasileiro, estabelecendo dois tipos de reação penal: de um lado a pena, dosada segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade do ato praticado; do outro lado, a medida de segurança, fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado. O novo Código Penal adotou o critério biopsicológico para determinar a imputabilidade do criminoso e para a imposição das medidas de segurança, estabelecendo que, de acordo com o grau de entendimento do agente, este poderia ser submetido à medida de segurança ou ter o montante da pena reduzido⁵⁰.

⁵⁰ O art. 22 do Código Penal de 1940 assim dispunha: Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se com esse entendimento. Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude da perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Assim, para haver a isenção da pena, não bastava que fosse constatada a existência da doença mental, era necessário que a doença mental retirasse do indivíduo a capacidade de entender o caráter ilícito do fato. A medida de segurança tinha como pressupostos cumulativos para sua aplicação a prática de fato previsto como crime e a periculosidade do agente⁵¹. Com essa perspectiva legal, a medida de segurança passou a ser imposta aos inimputáveis e aos semi-imputáveis passou a ser imposta a pena e a medida de segurança, cumulativamente.

De acordo com o texto do Código Penal de 1940⁵², as medidas de segurança então criadas classificavam-se em pessoais e podiam ser detentivas (internamento) ou não detentivas (liberdade vigiada, proibição de frequentar determinados lugares e exílio local), conforme a gravidade do crime e a periculosidade do agente, além de medidas de natureza patrimoniais (confisco, interdição de estabelecimento ou de associação)⁵³.

Vê-se, portanto, que, de maneira diversa dos estatutos penais anteriores, o Código Penal de 1940, tratou da questão da prática de ato ilícito criminal do portador de transtorno mental como de exclusivo interesse do Estado punitivo; a legislação impunha a obrigação legal de o juiz agir sujeitando o indivíduo à internação. Instalou-se, assim, de forma definitiva, o tratamento criminal à questão da loucura, trazendo à baila o conceito de periculosidade presumida, isto é, independente de verificação. Tratava-se, como afirma Ferrari “[...] de uma resposta penal justificada pela periculosidade social, punindo o indivíduo não pelo que ele fez, mas pelo que ele era”. (FERRARI, 2001, p. 35).

Seguindo a linha evolutiva de análise da medida de segurança, o anteprojeto de Código Penal de 1969 adotou orientação semelhante ao anterior, mantendo quase a totalidade dos dispositivos do Código Penal de 1940.

⁵¹ Art. 76, do Código Penal: “A aplicação da medida de segurança pressupõe: I - a prática de fato previsto como crime; II - a periculosidade do agente. Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.” (Código Penal de 1940, redação original do Decreto Lei n. 2.848/1940)

⁵² Art. 88, do Código Penal: “As medidas de segurança dividem-se em patrimoniais e pessoais. A interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco são as medidas da primeira espécie; as da segunda espécie subdividem-se em detentivas ou não detentivas § 1º São medidas detentivas: I - internação em manicômio judiciário; II - internação em casa de custódia e tratamento; III - a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional. § 2º São medidas não detentivas: I - a liberdade vigiada; II - a proibição de frequentar determinados lugares; III - o exílio local.” (Código Penal de 1940, redação original do Decreto Lei n. 2.848/1940).

⁵³ De acordo com o texto original do Código Penal Brasileiro (Decreto Lei n. 2.848/1940) as medidas de segurança patrimoniais são relacionadas à interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e ao confisco. As medidas de segurança pessoais poderiam ser detentivas: internação em manicômio judiciário, internação em casa de custódia e tratamento e internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional; e não-detentivas: a liberdade vigiada, a proibição de frequentar determinados lugares e o exílio local.

O Anteprojeto de 1969 inovou, no entanto, ao suprimir o sistema do duplo binário, estabelecendo a necessidade do julgador optar entre considerar o indivíduo imputável ou inimputável. Assim, aos imputáveis, cabível a aplicação tão somente da sanção-pena. E as medidas de segurança passaram a poder ser aplicadas, isoladamente, aos absolutamente inimputáveis.

Ocorre que o referido Anteprojeto nunca entrou em vigor e o texto de 1940 acabou se mantendo na íntegra, com a permanência do duplo binário, presunção da periculosidade e medidas de segurança pessoais e patrimoniais.

Alguns anos depois, muito embora o caminho tenha sido lento, o Brasil acolheu a tendência moderna de buscar uma medida unificada e, na reforma do Código Penal de 1984⁵⁴, adotou-se o princípio da fungibilidade⁵⁵ entre pena e medida de segurança. De fato, a reforma de 1984 ocorreu pós-período de ditadura no Brasil e isto influenciou positivamente na mudança de pensamento em que a liberdade passa a ser mais defendida. A revisão das medidas de segurança foi um ponto marcante na reforma; substituiu-se, portanto, a aplicação do sistema duplo binário, que conduz a aplicação simultânea de pena e medida de segurança, para o sistema vicariante ou unitário, em que se pode aplicar somente pena para os imputáveis, ou somente a medida de segurança para os inimputáveis, ficando pertinentes, aos semi-imputáveis, a escolha de uma das duas sanções, impondo-se, ou a medida de segurança de internação, ou a pena diminuída.

A partir de 1984, portanto, passa a vigorar um Código Penal que concilia os chamados Direito de Autor e Direito do Fato de uma forma nova. Aqui, as medidas de segurança são, claramente, a expressão da matriz de defesa social, mas as penas, que antes eram expressões apenas da matriz de segurança jurídica, passam também a aplicar-se em defesa da sociedade. Assim, todos os criminalizados são potencialmente perigosos, e suas penas devem ser dosadas não apenas de acordo com o crime, mas de acordo com sua temibilidade. Apenas os loucos infratores, no entanto, terão a sua periculosidade mencionada.

Vê-se, portanto, conforme assevera Ferrari que:

⁵⁴ A Reforma do Código Penal de 1984 se deu com a promulgação da Lei n° 7.209/84 de 11 de julho de 1984, em vigor desde 13 de janeiro de 1985.

⁵⁵ O termo fungibilidade foi aqui empregado pelo significado de substituir uma coisa por outra. Neste caso, substituir a pena pela medida de segurança e não mais aplicar ambas de modo simultâneo.

O Código Penal de 1984 decidiu por revigorar o tão esperado dispositivo inserido no Código de 1969, suprimindo o sistema do duplo binário e adotando o vicariato; revitalizou, ainda, o princípio da legalidade, de forma absoluta, enunciando, como pressupostos obrigatórios, tanto a periculosidade criminal como, especialmente, a prática de um ilícito-típico. (FERRARI, 2001, p. 40).

O artigo 26 da nova parte geral do Código Penal de 1984, atualmente em vigor, repete literalmente o texto do artigo 22 do texto original de 1940, acrescentando, ao final, tão somente uma alteração relativa aos semi-imputáveis. *In verbis*:

Art. 26. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, *em virtude da perturbação da 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.* (Grifo nosso).

Assim, se o agente for semirresponsável e tiver cometido um fato típico e antijurídico, deverá ser aplicado o sistema vicariante: pena reduzida ou medida de segurança e a antiga aplicação cumulativa deixa de existir. O fundamento da pena passa a ser, exclusivamente, a culpabilidade, enquanto a medida de segurança encontra sua justificativa apenas na periculosidade aliada à incapacidade penal do agente.

De acordo com a legislação penal vigente, portanto, a doença mental é causa excludente de culpabilidade e, por isso, as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos geralmente são absolvidas (absolvição imprópria), devendo ser tratadas, e não punidas.

No regime novo, o juiz, diante das circunstâncias do caso concreto, deve impor ao condenado apenas a pena ou a medida de segurança. A medida de segurança passa a ser aplicada apenas aos inimputáveis, tendo tal instituto a natureza essencialmente preventiva e não punitiva.

Como se vê, o sistema adotado pelo Brasil com a reforma do Código Penal, ocorrida em 1984, foi, em tese, mais justo, tendo em vista que aos inimputáveis e semi-imputáveis aplicam-se as medidas de segurança, ficando a obrigação do cumprimento de pena restrita aos imputáveis.

Com a adoção do sistema vicariante em substituição ao duplo binário, duas são as espécies possíveis de soluções para a situação do portador de transtornos mentais autor de delito, a depender, em regra, da gravidade do injusto penal praticado: aplicação de pena reduzida ou a substituição pela medida de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.

Agora, quando inimputável, como afirma Weigert “[...] será imposta ao réu/condenado medida de segurança nos termos do art. 99 do Código Penal⁵⁶, cumprida em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciais com finalidade curativa da enfermidade mental (cessação da periculosidade)”. (WEIGERT, 2007, p. 601).

Assim, caso o ato praticado se enquadre em um tipo penal que, se praticado por um agente são punir-se-ia com reclusão, a medida de segurança correspondente seria a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta deste, em outro estabelecimento adequado; por outro lado, caso o ato praticado se enquadre em tipo penal que, se praticado por um agente são punir-se-ia com detenção, a medida de segurança respectiva seria o tratamento ambulatorial⁵⁷.

Em resumo, atualmente duas são as espécies de medidas de segurança adotadas pelo direito penal brasileiro: a internação em hospital de custódia (medida detentiva) e a sujeição a tratamento psiquiátrico e o tratamento ambulatorial (medida restritiva). As antigas medidas patrimoniais foram extintas.

A internação em hospital de custódia e tratamento, ou em outro estabelecimento adequado, é chamada de medida detentiva (BITENCOURT, 2009) e se destina obrigatoriamente aos inimputáveis que tenham cometido crime punível com pena de reclusão e facultativamente aos que tenham praticado delito cuja natureza da pena abstratamente cominada seja de detenção. Neste caso, o internado deverá se submeter aos exames psiquiátricos, criminológicos e de personalidade⁵⁸.

O tratamento ambulatorial, por sua vez, é uma medida restritiva mais liberal, pois impõe, ao invés de internação, aplicação de cuidados médicos à pessoa para fins curativos. Ela é aplicada aos inimputáveis cuja pena privativa de liberdade seja de

⁵⁶ Art. 99, do Código Penal: “O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento.”

⁵⁷ Art. 96, do Código Penal: “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.”

⁵⁸ Art. 100, da Lei de Execução Penal: “O exame psiquiátrico e os demais exames necessários ao tratamento são obrigatórios para todos os internados.”; Art. 174, da Lei de Execução Penal: “Aplicar-se-á, na execução da medida de segurança, naquilo que couber, o disposto nos artigos 8º e 9º desta Lei”.

detenção e os semi-imputáveis na mesma situação⁵⁹. De fato, sendo o crime punido com detenção e restando provada a compatibilidade das condições pessoais do agente com a modalidade terapêutica ambulatorial, impõe-se a opção por esta medida. Na lição de Bitencourt, portanto:

A punibilidade como *pena de detenção*, por si só, não é suficiente para determinar a conversão da internação em tratamento ambulatorial. É necessário examinar as *condições pessoais do agente* para constatar a sua *compatibilidade* ou *incompatibilidade* com a medida mais liberal. (BITENCOURT, 2009, p. 747).

Salienta-se que, em qualquer fase do tratamento ambulatorial, o juiz poderá determinar a conversão deste em medida detentiva (internação) em hospital de custódia, caso esta providência se faça necessária em virtude de algum acontecimento vivenciado no curso do cumprimento da medida⁶⁰.

Por fim, ressalta-se que simultaneamente à promulgação da reforma do Código Penal de 1984, foi promulgada, em 11 de julho de 1984, a Lei nº 7.210/84, denominada Lei de Execução Penal (LEP), elaborada e fundamentada nos preceitos progressistas da Nova Defesa Social⁶¹ na medida em que reconhece que a sociedade tem o dever de respeitar a dignidade da pessoa presa ao mesmo tempo em que o Estado tem o dever de assistir o delinqüente na direção da sua harmônica integração social⁶², com a garantia dos direitos humanos às pessoas presas.

⁵⁹ Art. 97, do Código Penal: “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.”

⁶⁰ Art. 97, §4º, do Código Penal: “Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.”

⁶¹ A teoria da Defesa Social nasceu no final do século XIX e princípio do século XX, e consistia, de acordo com Ferrari (2001, p. 25) “em conciliar o máximo possível de seguridade social com o mínimo de sofrimento individual, propondo uma luta contra o delito, completada mediante uma ação preventiva de caráter social, fulcrada no juízo de perigosidade”. Com o passar dos anos esta teoria sofreu um processo evolutivo até alcançar o que preconizou o movimento da política criminal moderno intitulado de **Nova Defesa Social**, nascida no pós-guerra sob os influxos do pensamento humanista, tendo como características fundamentais a universalidade, a multidisciplinaridade e a mutabilidade. São postulados básicos desse movimento: o exame crítico das instituições vigentes, a visão multidisciplinar e a instituição de um sistema de política criminal que garanta os direitos humanos promovendo os valores essenciais da humanidade. De uma forma geral, seus seguidores repudiam a pena de morte e o uso indiscriminado da pena privativa de liberdade, reconhecendo a falência da pena enquanto meio ressocializador. Assim, a **Nova Defesa Social** concebe o cidadão como um sujeito de direitos que lhe permitia manifestar suas exigências, e defende a *prevenção do crime e o tratamento do delinqüente* (SHECAIRA; CORREA JUNIOR, 2002, p. 143) a partir do estudo científico da personalidade do criminoso será possível a individualização da pena com a finalidade de reinserção social do delinqüente fundamentada em medidas racionais de tratamento penal.

⁶² Art. 1º, da Lei 7.210/1984: “A execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.”

Os artigos 171 a 179 da Lei de Execução Penal dispõem sobre a operacionalização das medidas de segurança no Brasil, asseverando o caráter da jurisdicionalidade da medida de segurança, uma vez que estabeleceu que ela só devesse ser aplicada após o trânsito em julgado da sentença e a consequente expedição da guia de execução por parte da autoridade judiciária, demonstrando que não existe aplicação provisória da medida de segurança.

Atualmente, portanto, os aportes legislativos brasileiros que norteiam a aplicação da medida de segurança e servem de base para sua análise crítica, ante o que preconiza a Lei de Saúde Mental, encontram-se na Lei de Execução Penal e na Reforma do Código Penal de 1984, que acabam por prever, em seu texto, os requisitos para a aplicação legal das medidas de segurança.

2.1.2 Pressupostos para aplicação da medida de segurança

No contexto da Psiquiatria Forense, dois conceitos são fundamentais: a imputabilidade x inimputabilidade e a periculosidade.

A *imputabilidade* refere-se ao que é imputável, ou seja, o indivíduo que no momento no qual cometeu o delito tinha sua sanidade mental completa (capacidade de compreensão do crime e de suas penas e liberdade de escolha) e, assim, tinha capacidade para ser culpado. Já a *inimputabilidade* refere-se à não-capacidade de entender um ato como ilícito, ou seja, o indivíduo que por questões de patologia mental não foi capaz de julgar o ato como ilícito.

A constatação da insanidade mental ante a análise da responsabilidade criminal causa polêmicas, afinal, diante de um crime, a pessoa não pode ser considerada culpada por motivo de insanidade. A insanidade é verificada quando um indivíduo se isenta da culpa por um ato cometido, pois ele não sabia o que estava fazendo ou não podia evitá-lo, sendo considerado um enfermo mental.

A *periculosidade*, por sua vez, é um conceito de difícil definição e, por isso mesmo, demanda maior atenção. Na verdade, a origem da periculosidade encontra-se no método escolhido pela psiquiatria, ao tomar a pessoa com transtorno mental como objeto e tentar tratá-la separada da sociedade. Conforme afirma Amarante:

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A

ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. (AMARANTE, 1995, p. 46).

Segundo a Escola Positiva do Direito Penal, a pena perderia seu caráter punitivo, passando a ser uma medida de defesa social e de prevenção criminal, indeterminada em sua duração. A pena deveria ser determinada com base na periculosidade do sujeito, a qual seria avaliada através do exame de sua personalidade. Julgar-se-ia não mais o ato praticado, mas a personalidade do agente, inserindo-a em uma das categorias criadas pelo positivismo penal para prever a conduta futura. Assim, a periculosidade torna-se o fundamento do direito de prevenir. Na base do conceito de periculosidade social estão a defesa social e a função preventiva da lei.

Os juristas da Escola Clássica rejeitaram tais ideias por se mostrarem incompatíveis com o direito de punir, tendo em vista que eram contrárias à doutrina do livre arbítrio. Ademais, para eles a ideia da pena indeterminada poderia ensejar arbitrariedades por parte do Poder Judiciário. Porém, apesar de tais críticas, com relação aos “loucos infratores” e aos semirresponsáveis, aquelas ideias positivistas foram aplicadas através da medida de segurança, permitindo o controle dos seus atos pelo Direito Penal.

Com o Código Penal de 1940, a periculosidade criminal, definida como a probabilidade de delinquir, passa a ser o fundamento da medida de segurança. A partir da reforma penal de 1984, o conceito de periculosidade criminal passa a ser reservado apenas às pessoas com transtornos mentais que infringiram a lei, pois tais sujeitos não serão considerados como responsáveis pelo seu ato, mas serão considerados como socialmente perigosos. (COHEN, 2006, p. 125).

O conceito de periculosidade presumida justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade da pessoa perigosa *a priori* (como os reincidentes, os ébrios habituais e os formadores de quadrilha). Atualmente, a periculosidade do louco infrator é a única à que o Código Penal brasileiro faz menção.

Ainda, ressalta-se que, além de constar no Código Penal, a norma da periculosidade social esta insculpida nos artigos 175 a 177 da LEP⁶³, os quais

⁶³Lei de Execução Penal: Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência

estabelecem as regras para realização do exame de verificação da cessação da periculosidade, sendo que, de acordo com o Código Penal⁶⁴, a avaliação da periculosidade deve ser feita por um perito médico.

Cohen (2006, p. 124) explica que “[...] a periculosidade não esta vinculada ao ato em si, mas sim à falta de compreensão do indivíduo que vai infringir uma proibição legal ou à sua incapacidade de acordo com esse entendimento”. Segundo o autor, o vínculo entre doença mental e periculosidade surgiu num período de obscurantismo da sociedade, quando se segregavam todas aquelas pessoas que eram consideradas socialmente perigosas.

Esta noção de defesa social permanece até hoje como base da aplicação da medida de segurança, fundamentando a manutenção de um lugar específico de segregação para as pessoas portadoras de transtornos mentais que cometeram delitos, mas muitos já são os questionamentos e críticas aptos a propor um novo redimensionamento do papel tradicional reconhecido à periculosidade.

Após a análise dos conceitos fundamentais de imputabilidade e periculosidade, chega-se, mais facilmente, a compreensão dos pressupostos para aplicação das medidas de segurança.

De maneira objetiva, segundo as lições de Andrade (2004, p. 13-17), Bitencourt (2009, p. 745-746) e Prado (2002, p. 603-604), os pressupostos para aplicação das medidas de segurança consistem em: *prática de fato descrito como crime* (fato punível), *constatação da periculosidade do sujeito* e *ausência de imputabilidade plena*.

Na verdade, como esboçada nos textos do Código Penal e na Lei de Execução Penal, a medida de segurança é a resposta prevista no ordenamento jurídico a fato considerado um injusto penal (típico e ilícito), praticado por certo tipo de inimputável

da medida; II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico; III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um; IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver; V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança; VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias. Art. 176. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior. Art. 177. Nos exames sucessivos para verificar-se a cessação da periculosidade, observar-se-á, no que lhes for aplicável, o disposto no artigo anterior.

⁶⁴ Art. 97, § 1º, do Código Penal: “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.” (grifado).

(enfermos/ insanos mentais), incapaz de entender completamente o caráter ilícito de sua conduta ou determinar-se de acordo com essa compreensão ou, em determinadas hipóteses, praticado por semi-imputável, ambos portadores de “periculosidade”.

Deste conceito, depreende-se que, para sua aplicação, segundo o ordenamento jurídico pátrio, é necessária a ocorrência de um *fato penalmente ilícito e punível* praticado por pessoa em situação de *transtorno mental* que ofereça *periculosidade*.

Assim, o sujeito portador de transtorno mental, simplesmente por ostentar esta condição, não deverá responder pela medida de segurança, se não agir em desfavor de um bem jurídico considerado penalmente digno de proteção. Resumidamente, conforme leciona Bitencourt (2009, p. 746) “[...] a presença de excludentes de criminalidade⁶⁵ ou de culpabilidade⁶⁶ e a ausência de prova impedem a aplicação de medida de segurança”.

A medida de segurança que prescindir da prática de um ilícito-típico não se constitui em espécie de sanção, mas, como afirma Ferrari (2001, p. 135) “[...] em medida terapêutica administrativa”. Não basta, portanto, ser portador de transtorno mental e perigoso para lhe ser aplicado à medida de segurança, é imprescindível que o agente ativo tenha cometido um fato típico punível. Conforme conclui Andrade:

Por isso, absolvido o réu pelo mérito, por insuficiência probatória, não há que se cogitar de imposição de medida de segurança, ainda que declaradamente semi-imputável. [...] Assim, antes de indagar do elemento culpabilidade, a sentença deve apreciar a existência do fato típico, quer quanto à autoria, bem como à ocorrência ou não de alguma cláusula da ilicitude do fato, sendo nula a decisão que assim não procede. (ANDRADE, 2005, p. 13).

Ademais, é indispensável que o sujeito que praticou o ilícito possua periculosidade, consistente em um juízo de probabilidade – e não de mera possibilidade - de que este voltará a delinquir, tendo base na conduta anti-social e na anomalia psíquica do agente.

Neste aspecto, cabe registrar que, embora este pressuposto apresente certa simplicidade de compreensão numa visão preliminar, há uma imensa dificuldade em se mensurar a base real de probabilidade que justificaria uma análise negativa da perigosidade do agente.

⁶⁵ As excludentes de criminalidade são conhecidas como excludente de ilicitude, tais como, legítima defesa, exercício regular de direito e estado de necessidade, elas excluem a segunda fase do conceito analítico do crime (crime é fato típico, antijurídico e culpável)

⁶⁶ São excludentes de culpabilidade: erro de proibição invencível, coação irresistível, obediência hierárquica, embriaguez completa fortuita ou por força maior.

Uma corrente entende que para a configuração da periculosidade e consequente aplicação da medida de segurança, além da análise do delito anterior, imprescindível será a probabilidade de repetição de ilícito de natureza idêntica, em que a medida de segurança só seria aplicada quando verificável o fundado receio de que o agente venha a praticar crimes da mesma espécie. Outra corrente acredita que a configuração da periculosidade criminal com a probabilidade na reiteração específica do delito é impossível uma vez que isto dificultaria ainda mais o juízo de prognose do sujeito. (FERRARI, 2001, p. 159).

O terceiro pressuposto para aplicação da medida de segurança ficou expressamente delineado com a reforma penal de 1984, uma vez que, a partir dela o agente imputável não pode sofrer medida de segurança e o semi-imputável apenas esta sujeita a esta de maneira excepcional. Por isso se pode afirmar que a ausência de imputabilidade plena também passou a ser pressuposto para aplicação da medida de segurança. Destacando-se que o juízo de prognose quanto à situação do sujeito portador de transtorno mental é uma das grandes dificuldades práticas para a verificação desta imputabilidade, sendo imprescindível a participação de equipe multidisciplinar técnica – médicos-psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e operadores jurídicos – para analisar o grau da anomalia mental do delinquente. Entretanto, a lei de execução penal não discrimina a maneira como deve ser realizado o acompanhamento psicológico, social ou médico e o juiz normalmente acaba sendo obrigado a decidir baseando-se em deficientes laudos técnicos formais.

Além destes pressupostos e analisando que a própria Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) determina a igualdade de todos perante a lei e assegura o direito à igual proteção legal, é imprescindível salientar que a imposição da medida de segurança somente poderá ser aplicada jurisdicionalmente em processo de caráter acusatório perante a manifestação do contraditório da defesa (art. 10 e 11 da DUDH), privilegiando assim os princípios norteadores do Estado Democrático de Direito aplicáveis a qualquer sanção penal.

Neste sentido, orienta Braga (2007, p. 627) que “[...] toda e qualquer medida de segurança oposta pelo Estado ao indivíduo deverá observar, com precisão, os direitos e liberdades individuais constitucionalmente assegurados”. Isto porque, sob observância do princípio da humanização das penas expresso na Carta Magna de 1988, como conclui Shecaira e Junior:

[...] a pessoa humana deve ser a medida primeira para a tutela do Estado, alcançando ainda maior destaque no Direito Penal, pois o condenado deverá ser encarado como sujeito de direitos e deverá manter todos os seus direitos fundamentais que não forem atingidos pela condenação. (SHECAIRA; CORREA JUNIOR, 2002, p.86).

2.2 MEDIDA DE SEGURANÇA: PENA OU TRATAMENTO?

De acordo com o que foi observado até aqui, a medida de segurança é aplicada tão somente ao portador de transtorno mental autor de injusto criminal. Questiona-se, assim, qual a natureza jurídica do instituto: é instituto penal ou médico? Tal indagação reputa respostas que demarcam a problematização da qual se ocupa esta pesquisa. É importante iniciar, portanto, traçando a diferença entre pena e medida de segurança.

A pena é uma sanção imposta de forma retributiva e proporcional à gravidade, visando promover a prevenção geral e especial contra o crime, sua imposição funda-se na culpabilidade e dirige-se aos responsáveis pela prática de um fato concreto e passado (o crime). Ela ainda traz consigo muitas conotações primitivas que a associam à noção de vingança e castigo, impedindo o desenvolvimento de sua finalidade preventiva e socializadora. A segregação da prisão representa simbolicamente a expulsão do criminoso que existe dentro de cada indivíduo, concentrando naquele que está preso tudo o que existe de ruim, possibilitando à sociedade purificar-se de todos os males.

A medida de segurança, por sua vez, em sua origem, não foi concebida e idealizada como medida punitiva, mas sim como um instrumento de defesa da sociedade e de tentativa de recuperação social do portador de transtorno mental que cometeu um delito.

Diferentemente da pena, a medida de segurança tem fundamento exclusivo na periculosidade que conforme já visto, pode ser definida, resumidamente, na expressão de Bitencourt (2009, p. 746) como “[...] um estado subjetivo, mais ou menos duradouro de antissociabilidade” e é aplicada aos semirresponsáveis e irresponsáveis, tendo como objetivo primeiro da medida de segurança impedir que a pessoa sobre a qual atue volte a delinquir, a fim de que possa levar uma vida sem conflitos com a sociedade.

A medida de segurança foi instituída, assim, sob uma finalidade terapêutica, possuindo, conforme lição de Zaffaroni e Pierangeli, natureza não propriamente penal. Entretanto, na prática, elas são formalmente penais, uma vez que são impostas e controladas pelos juízes penais e as leis penais impõem o controle penal, “[...] limitando as possibilidades de liberdade da pessoa, impondo o seu cumprimento, nas condições

previamente fixadas que elas estabelecem, e cuja execução deve ser submetida aos juízes penais”. (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2009, p. 731).

Neste ponto, é importante mencionar que, embora a legislação utilize-se da terminologia “medida de segurança”, para fins práticos e nos termos atuais, de acordo com os juristas Betanho e Zilli (2007, p. 473), “[...] deve-se considerar a medida de segurança como sanção administrativa equiparada à pena”, afinal, ambas (pena e medida de segurança) são espécies de um mesmo gênero na medida em que implicam o caráter de privação ou diminuição dos bens jurídicos.

Conforme anota Carrara, acerca da impressão retirada do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro que “[...] Absolutamente notável, à primeira vista, era o fato de os internos quase sempre se dizerem ‘presos’, e não ‘doentes’, ou de se referirem à sua estada no MJ quase sempre como uma ‘pena’, e nunca como um ‘tratamento’”. (CARRARA, 1998, p. 19).

Assim, a medida de segurança se traduz desenganadamente em séria restrição à liberdade individual e, como bem aponta Zaffaroni (2009, p. 731), “[...] o problema não é simples, e a pouca atenção que é dada às medidas de segurança, a torna bastante perigosa para as garantias individuais”. Bem por isso, o assunto não pode ser esquecido pelo jurista, devendo-se encontrar mecanismos para que sua aplicação não fira o direito das pessoas que a ela são submetidas.

Em resumo, conforme afirma Gonçalves:

A medida de segurança é hoje, para todos os efeitos práticos, uma terapêutica compulsória (na maioria das vezes medicamentosa) que pode carregar todos atributos aflitivos de uma verdadeira pena, mas que carrega nenhum dos seus ‘benefícios’. Contrariamente à pena, a medida de segurança não cessa em um tempo determinado, não progride de regime e não pode diminuir em tempo por meio do trabalho. Da mesma forma que a pena, a medida de segurança pode ser privativa de liberdade. Para a pena, há prisão com tempo determinado; para a medida de segurança, o manicômio judiciário, indefinidamente. (GONÇALVES, 2008, p. 7).

É deste relativo impasse sobre a forma de tratamento dado ao instituto que nasce a gama de problemas enfrentados pelos portadores de transtornos mentais autores de delito.

De maneira geral, afirma-se que ambos, pena e medida de segurança, constituem espécies de sanção, na qual na primeira prevalece o caráter de providência repressiva, muito embora não esteja ausente certa função preventiva; e, na medida de

segurança, ao contrário, é a prevenção que predomina acentuadamente em seus objetivos e fins como instituto jurídico-penal. No entanto, o fato é que não existe consenso se a medida de segurança é uma sanção penal ou uma proposta terapêutica.

Dizer que a medida de segurança é tratamento de natureza terapêutica, que visa, em primeiro lugar, ao restabelecimento e à reintegração do portador de transtorno mental, garantindo-se a segurança da sociedade contra a periculosidade deste apenas circunstancialmente, seria afirmar que, em matéria de medida de segurança, estamos tratando de direito sanitário, e não de direito penal *stricto sensu*. Por outro lado, dizer claramente que a medida de segurança é uma sanção penal expõe as contradições de um sistema penal que, apesar de construído com base em pressupostos filosóficos e constitucionais liberais e clássicos, admite a responsabilização penal objetiva daquele que, por ser louco, reconhecidamente não pode conhecer o caráter ilícito do fato, ou comportar-se na conformidade desse entendimento.

É curioso notar que a Constituição determina que “ninguém será considerado culpado até o trânsito em julgado de sentença penal condenatória”; por outro lado, igualmente causa espanto que o direito penal brasileiro conheça uma “sentença absolutória atípica”, determinando que não haja como considerar o réu culpado (por não reconhecer-lhe sanidade) absolvendo-o, mas lhe aplicando uma sanção penal. Como aplicar sanção a alguém que obteve uma sentença penal absolutória? Qual o fundamento disso? O único fundamento seria imaginar que a medida de segurança não é sanção penal, mas algo diverso. Caso contrário, esbarrar-se-ia em inconstitucionalidade. O problema é na verdade esclarecer que “coisa diversa” seria essa, o que não se sabe.

Todas essas questões mostram como é complicado considerar a medida de segurança como sanção de natureza penal no atual estágio do ordenamento. Demonstram, também, como é complicado considerá-la simplesmente como uma medida sanitária, pois, em rigor, o reconhecimento de que alguém, em razão de transtornos mentais, não é responsável pelos seus atos deveria implicar a extinção imediata da jurisdição penal sobre ele, mas a incongruência é que ele, não resta dúvida, cometeu um ato ilícito.

Com o avanço filosófico, clínico e jurídico representado pela reforma psiquiátrica, a própria natureza da medida de segurança deve ser repensada, porque o seu fundamento constitucional é muito frágil e o seu fundamento científico-filosófico está sendo derrubado. Urge, assim, reconstruir o conceito de responsabilidade penal,

urge reconstruir o próprio conceito de responsabilidade jurídica do louco, para torná-lo mais consentâneo com a visão contemporânea da loucura.

2.2.1 Finalidade das medidas

Para Cohen (2006, p. 127), a medida de segurança é medida de prevenção, de terapia e de assistência social relativa ao estado perigoso dos que não são penalmente responsáveis, afirmando que “[...] ela simplesmente tenta garantir um tratamento para o doente e defende a sociedade de um indivíduo perigoso”, fazendo prevalecer, assim, um discurso científico para legitimá-lo nas suas necessidades de controle.

Assim, como o objetivo das medidas de segurança é evitar a prática provável de injusto penal por um inimputável que já o tenha praticado, ou melhor, defender a sociedade e curar o enfermo, o correto é dizer que ela tem finalidade preventiva geral e especial.

A prevenção geral é comum às penas e se configura em evitar que o criminoso volte a delinquir. Ela se funda tanto numa perspectiva negativa (intimidação) como positiva (integração), ou seja, a pena possui fim pedagógico com efeito inibitório (negativa) e, ainda, uma finalidade revalidadora do ordenamento jurídico com o restabelecimento da confiança institucional. (SHECAIRA; CORREA JUNIOR, 2002, p. 131-132).

Já a finalidade preventiva especial tem um caráter humanista, na medida em que considera as particularidades do indivíduo, podendo ser vista sob dois ângulos: do ponto de vista da proteção social, consiste na possibilidade de emenda do delinquente, ou seja, evitar que o criminoso volte a delinquir e, de outro lado, teria finalidade terapêutica-ressocializante (cura) sob o ponto de vista do inimputável. A prevenção especial privilegia, como assevera Ferrari (2001, p. 51) “[...] a emenda como fim primeiro a ser objetivado na pena imposta ao delinquente, admitindo-se, excepcionalmente, a segregação, motivada pela função de tutela social, presente nos incorrigíveis.”

No âmbito das medidas de segurança, diversamente do que ocorre com as penas, o propósito socializador deve sempre prevalecer sobre a intenção de segurança, uma vez que o alicerce que norteia a aplicação da medida constitui-se num fim de tratamento ressocializador, admitindo, de forma subsidiária e excepcional, a segregação.

Desta forma, verifica-se que há diferença conceitual básica entre os dois institutos – pena e medida de segurança – acarretando em formas distintas de tratar os atores envolvidos. O criminoso comum é levado às penitenciárias e unidades de recuperação social pelo período determinado em lei (tempo de cumprimento da pena). O portador de transtorno mental infrator da norma penal é direcionado ao internamento em hospital de custódia e tratamento ou similar e ao tratamento ambulatorial por um prazo mínimo de duração, determinado pelo juiz, que pode variar de um a três anos - embora mantenha sempre um caráter indeterminado, na medida em que a renovação da medida pode ser infinita.

O próprio Código Penal, ao estabelecer os parâmetros para o cumprimento da medida de segurança, determina que aos internados seja dado tratamento em uma instituição com características hospitalares e, na falta desta, seja a pessoa internada em estabelecimento adequado, uma vez que a função primordial da medida de segurança deve ser o cuidado com a saúde daquela pessoa. A intenção foi evitar que o inimputável seja recolhido à cadeia ou ao presídio comum, deixando de receber o tratamento psiquiátrico necessário em hospital ou em local com dependência médica adequada, evitando, enfim, que o mesmo seja submetido a condições degradantes e inconcebíveis ante os princípios de dignidade humana. E é este o ponto em que se ressalta a inadequação do sistema de aplicação da medida de segurança de internação no Estado do Acre, eis que os portadores de transtornos mentais são mantidos em presídios comuns, sem receber qualquer tratamento adequado.

Parece claro pensar, seguindo a própria determinação do Código Penal, que a medida de segurança deveria ser observada como medida terapêutica, uma vez que, com a constatação de que o indivíduo é doente, a medida aplicada tem como intenção a neutralização profilática ou a recuperação do indivíduo interno em local de característica hospitalar.

No entanto, estas unidades de tratamento não integram o Sistema Único de Saúde (SUS), mas sim o Sistema Penitenciário, sendo regidas pela Lei de Execução Penal e é com base neste aspecto que se questiona a contradição instalada. Afinal, ao que parece, observando as leis e regulamentos, os HCTPs (antigos manicômios judiciários) são estabelecimentos penais destinados a abrigar pessoas submetidas a medidas de segurança, figurando no rol das instituições penitenciárias previstas na Resolução nº 3, de 23 de setembro de 2005, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça (CNPCCP), adotando uma estrutura baseada no

modelo hospitalocêntrico, desvinculado de um sistema integrado de atenção em saúde, confirmando a ideia de que a medida de segurança se identifica mais com a pena do que com um instrumento terapêutico. Neste mesmo sentido Castro afirma que:

As medidas de segurança têm como principal objetivo oferecer à sociedade uma nova forma de reingresso do infrator portador de transtornos mentais, funcionando como uma forma de proteção à sociedade e como método de tentativa de cura. Mas isso não ocorre na prática, já que o sistema carcerário para esses casos é precário. (CASTRO, 2009, p. 86).

Seria, por assim dizer, uma terapia *sui generis*: aplicada e dosada pelo juiz, numa instituição que apesar de ter “características hospitalares” é uma instituição do sistema carcerário. E mais, ela seria um tratamento cuja alta não se dá em razão pura e simples da recuperação do paciente, mas pela sua submissão a “perícia de cessação de periculosidade” periódica, submetida ao juiz, que passaria, sem ser médico, a ter o “poder clínico” de considerar o “paciente” curado, mesmo quando a própria ciência discute se é possível falar em “cura da loucura”. Seria, além do mais, um tratamento imposto no âmbito de um processo penal, por um juiz com competência penal, mas sob um discurso médico-sanitarista.

2.2.2 A transformação da medida de segurança em prisão perpétua

De acordo com o que foi visto na seção anterior, há completo distanciamento entre os objetivos de tratamento para os quais a medida de segurança foi criada, potencializando-se as características segregadoras e as finalidades presentes na pena privativa de liberdade: castigo e repressão. Não há como se negar que a medida de segurança possui caráter evidentemente sancionatório, tanto que só é imposta para quem pratica injusto penal.

Esse caráter aflitivo da medida de segurança implica, portanto, que ela deve estar submetida a todos os princípios constitucionais aplicáveis à pena. É o que revela Bitencourt:

A medida de segurança e a pena de prisão constituem duas formas semelhantes de invasão da liberdade do indivíduo pelo Estado, e, por isso, todos os princípios fundamentais e constitucionais aplicáveis à pena devem aplicar-se também às medidas de segurança. (BITENCOURT, 2009, pag. 315).

Contudo, é possível afirmar que, embora os institutos tenham caráter semelhante, o louco de todo o gênero é o único a receber a insígnia da periculosidade e, seguindo-se a lógica legislativa atual, é o único que provavelmente passará o resto da sua vida contido em cárcere privado simplesmente por ser o que é, ou seja, portador de transtorno mental. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 16-18).

Sem dúvida, a medida de segurança apresenta aspectos mais graves do que a pena propriamente dita. No caso do criminoso comum, por mais perigoso que seja, ele, além de receber os benefícios legais da progressão de regime e do livramento condicional, tem sua liberdade determinada no tempo, isto é, após o cumprimento da pena, ele tem direito à viver livre. Por outro lado, o confinamento do portador de transtorno mental em um manicômio judiciário, ou hospital de custódia, por tempo indeterminado, após a aplicação da medida de segurança, sem direito a qualquer benefício legal, soa como a decretação de uma prisão perpétua. Isto porque a própria medicina não encontrou a cura da “loucura” e o tratamento dado nestas instituições manicomiais muitas vezes é limitado à utilização de camisas-de-força, coquetéis de medicamentos e eletrochoques, procedimentos que impossibilitam a recuperação do insano.

No Estado Democrático de Direito, toda espécie de sanção penal há de ser limitada à dignidade humana, à legalidade e à certeza. Assim, se a sanção no caso de culpabilidade (pena) tem limite, aquela imposta ao inimputável deveria, com mais razão, ter limite certo e inferior àquele estabelecido para a pena - uma vez que nem pena é. Agir de forma diferente implica sancionar o sujeito por ser inimputável, ou seja, sancionar pelo que é, e não pelo que fez, tratando-se de evidente discriminação.

Outro ponto a ser analisado é que, embora a Lei Penal (artigo 97 e 98 do Código Penal) preveja a internação compulsória por um período mínimo de um a três anos, invariável qualquer que seja o delito praticado, não há dispositivos que estabeleçam o limite máximo para a duração das medidas de segurança, condicionando o término da mesma à cessação da periculosidade. Para tanto, no curso da aplicação da medida, de tempos em tempos, ou, mais precisamente, a cada seis meses, seria necessário ocorrer uma reavaliação da situação do doente mental (avaliação é feita por um perito, que encaminha o laudo para o juiz), verificando se a periculosidade do paciente está cessada e ele deve ser desinternado, ou se o “tratamento” deve ser estendido por mais tempo.

Na verdade, pela lógica da cultura procedimental aplicada, o que se vê com frequência são esses “pacientes” serem condenados à prisão perpétua, afinal não é sequer comum a prática de elaboração de atestados médicos que atestem a cessação da periculosidade porque os peritos, em geral, sob forte influência e pressão midiática têm medo de atestar esta cessação⁶⁷.

Observando que a avaliação da periculosidade é probabilística e sempre estará afetada por atravessamentos de ordem subjetiva, percebe-se o quanto é frágil e sujeita a desvios este tipo de avaliação – isto quando é feita dentro do tempo estabelecido, pois a própria inexistência de profissional médico em quantidade minimamente razoável para proceder ao atendimento à população carcerária, implica a existência de inúmeros processos judiciais em que se acumulam ofícios e requerimentos solicitando a confecção de um laudo que demora meses para ficar pronto, extrapolando os prazos estabelecidos em lei.

Daí o grau de responsabilidade em que se encontram os profissionais que lidam com a medida de segurança, tendo em vista que ela é uma situação em que legalmente se pode contrariar uma cláusula pétrea da constituição federal, qual seja, a de que não existe no Brasil pena de caráter perpétuo. Não sendo raro encontrar pacientes internados por cerca de 20-30 anos que passam todo o período da internação sem receber visitas, vivendo em mundo paralelo sem qualquer contato com a sociedade. E, quando se contacta os familiares, estes frequentemente declaram não mais querer conviver com o paciente.

Quando o Código Penal cria ou determina uma medida de segurança indefinidamente, podendo manter uma pessoa em instituição psiquiátrica de custódia estatal pelo resto de seus dias, há uma afronta clara à Constituição no artigo 5º, inciso XLVII, “b”, que determina expressamente que, “não haverá penas de caráter perpétuo”.

A par desta constatação, como explica Andrade (2004, p.82) alguns estudiosos de direito penal salientam que a indeterminação do prazo de duração é inerente à própria finalidade das medidas de segurança, cuja duração não pode ser prefixada justamente porque dependeria da cura da doença mental. A medida de segurança deveria, por conseguinte, ser indeterminada no tempo, não excluía a hipótese de se prolongar por toda a vida do condenado, eis que a doença não encontraria a cura. E, além disso, a

⁶⁷ Salienta-se um caso ocorrido na cidade de Luziânia-GO que ganhou destaque nacional, porque, com base em laudo que atestava a cessação da periculosidade o cidadão portador de transtorno mental foi liberado, mas, pouco tempo depois se descobriu que ele voltava a praticar delitos contra a vida, matando jovens do sexo masculino devido a sua perturbação mental.

indeterminação é fator essencial para distinguir que o louco infrator é considerado um criminoso mais perigoso do que o imputável. Ambos os argumentos não se sustentam quando é observado que, na prática, o risco que a sociedade assume com a reincidência dos imputáveis é superior ao dos inimputáveis e, ainda mais, quando, na prática evolutiva da psiquiatria, como assinala Antunes (2003, p. 359) “[...] temos uma intervenção médico-psiquiátrica – psicofarmacológica, mas também psicoterapêutica e psicossocial – que permite internamentos consideravelmente menos prolongados e modalidades de tratamento para além do internamento”.

Não obstante, posições acertadamente contrárias aduzem que, por razões de segurança jurídica, em razão dos princípios da legalidade, da proporcionalidade, da igualdade, da intervenção mínima e da humanidade, a lei deveria estabelecer um limite máximo, determinado em função da duração regular do tratamento cientificamente recomendado ao agente a fim de não ofender a própria dignidade do internado.

Afinal, o direito do condenado saber a duração da sanção que lhe é imposta é inerente ao próprio princípio da legalidade dos delitos e das penas. Sendo ainda certo afirmar que uma punição indeterminada - e a medida de segurança é uma punição em sentido amplo - acaba ferindo o princípio da utilidade social da mesma, infringindo os requisitos da necessidade e suficiência de sua aplicação conforme o disposto no art. 59 do Código Penal.

De certo, Beccaria, reproduzindo as palavras de Montesquieu, afirmou que toda pena que não deriva da absoluta necessidade é tirânica, ou seja:

[...] todo o ato de autoridade de um homem sobre outro homem que não derive da absoluta necessidade é tirânico. Eis, então, sobre o que se funda o direito do soberano de punir os delitos: sobre a necessidade de defender o depósito da salvação pública das usurpações particulares. Tanto mais justas são as penas, quanto mais sagrada e inviolável é a segurança e maior a liberdade que o soberano garante aos seus súditos. (BECCARIA, 1999, p. 28).

Outro ponto que acaba por revelar o caráter perpétuo da imposição da medida de segurança constata-se quando se analisa o instituto da prescrição penal. A prescrição é calculada de acordo com o limite da reprimenda imposta, de modo que é necessária a fixação objetiva e concreta deste limite de modo a estabelecer a data em que se inicia a contagem do prazo prescricional. Na medida em que não é estabelecido um limite exato para cumprimento da medida de segurança, deixa de existir qualquer parâmetro para

aferição do instituto da prescrição e acaba por se instituir a imprescritibilidade da medida de segurança, algo que fere os princípios penais e as garantias constitucionais.

De acordo com análise apresentada por Ferrari (2001, p. 200-207), para resolver a questão da aferição do prazo prescricional da medida de segurança⁶⁸, a doutrina e a jurisprudência majoritária tomam por base o ilícito-típico, havendo duas correntes distintas. A primeira entende que a prescrição deve ser calculada com base na pena mínima prevista para o ilícito cometido sob duas justificativas: a um porque, na maioria dos processos criminais, os imputáveis recebem a pena mínima e este seria o parâmetro de manutenção de igualdade entre imputáveis e inimputáveis, e, a dois porque a utilização do prazo mínimo obedece ao consagrado princípio *in dubio pro reo*. A corrente contrária, por sua vez, entende que a prescrição deve ser calculada com fulcro na pena máxima prevista para o ilícito praticado uma vez que não havendo previsão específica, a escolha do parâmetro abstrato deve ser sempre no máximo legal de modo a haver plena identidade entre o imputável e o inimputável.

Para sanar o impasse da indeterminação temporal, o entendimento doutrinário e jurisprudencial majoritário⁶⁹ sugere a imposição de medida de segurança somente pelo prazo máximo da pena abstratamente cominada ao delito, para os inimputáveis, e, no caso dos semi-imputáveis, pela quantidade de pena que seria cumprida por ele, se não tivesse sido substituída. Nesse sentido, sustenta Gomes:

⁶⁸ Ressalta-se que no âmbito do direito penal brasileiro a prescrição pode ocorrer antes (prescrição da pretensão punitiva) ou depois (prescrição da pretensão executória) do trânsito em julgado da sentença final. No entanto, a discussão acerca do limite para a prescrição da medida de segurança restringe-se, conforme assevera Ferrari (2001, p.6) “[...] à prescrição da pretensão executória, e não da punitiva, constituindo impossível a avaliação de imputabilidade ou inimputabilidade antes do trânsito em julgado”.

⁶⁹ O Supremo Tribunal Federal já se posicionou no sentido de fixar o limite máximo para cumprimento da medida de segurança atentando-se para o limite máximo de trinta anos de cumprimento de prisão. Vejamos: MEDIDA DE SEGURANÇA. ULTRAPASSAGEM DO PRAZO MÁXIMO DE TRINTA ANOS. EXTINÇÃO PRETENDIDA. LININAR. TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA REDE PÚBLICA. “Observe-se a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua. A tanto equivalente a indeterminação da custódia, ainda que implementada sob o ângulo da medida de segurança. O que cumpre analisar, na espécie, é que o paciente está sob a custódia do Estado, pouco importando o objetivo, há mais de trinta anos, valendo notar que o pano de fundo é a execução de título judiciário penal condenatório. O art. 75 do Código Penal há de merecer o empréstimo de maior eficácia possível ao preceituar que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. Frisa-se, por oportuno, que o art. 183 da Lei de Execução Penal delimita o período da medida de segurança, fazendo-o no que prevê que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, considerada a ordem natural das coisas, mostrar-se, relativamente à liberdade de ir e vir, mais gravosa que a própria apenação. É certo que o §1º do art. 97 do Código Penal dispõe sobre o prazo de imposição da medida de segurança para o inimputável, revelando-o indeterminado. Todavia, há de se conferir ao preceito interpretação teleológica, sistemática, atentando-se para o limite máximo de trinta anos fixado pelo legislador ordinário, tendo em conta a regra primária vedadora da prisão perpétua. A não ser assim, há de concluir-se pela inconstitucionalidade do preceito”. (HC nº 84.219-4/SP, decisão liminar, rel. min. Marco Aurélio, j. 24.04.04, DJU de 03.05.04, p. 11, nº 88).

“[...] a medida não pode ultrapassar a pena máxima cominada ao delito. Justifica-se essa exigência em razão da segurança jurídica que é um direito de todos num Estado de Direito em razão do princípio da legalidade (o autor do fato punível tem o direito de saber, antecipadamente, qual o limite máximo da privação da liberdade) e em razão do princípio da igualdade (não se pode fazer do inimputável uma pessoa de pior condição que as demais). E se transcorrido o lapso temporal máximo o agente não foi curado, é dizer, se ainda persiste a periculosidade? De qualquer modo a execução penal tem que ter um fim, pois o contrário seria admitir a privação perpétua da liberdade, que é proibida pela Constituição Federal. Toda execução penal tem que ter um limite; todo poder-dever de punir do Estado tem que ter um fim. (GOMES, 1990, p. 22).

O argumento da imposição do limite máximo calculado sobre o tempo máximo de cumprimento da pena privativa de liberdade, qual seja, 30 anos, embora não atenda integralmente os anseios do movimento em prol do estabelecimento de um novo tratamento para o portador de transtorno mental autor de injusto penal, ao menos estabelece um limite lógico e objetivo, abrindo caminho para o estabelecimento de um tratamento equânime ao portador de transtorno mental autor de injusto penal.

Ainda que este seja o posicionamento majoritário no Brasil, Antunes (2003, p. 358) esclarece que o correto seria calcular o limite máximo de duração da medida de segurança de internação com base em critérios completamente alheios à pena, isto é, em vez de ficar presa a condição do crime praticado, condicionar-se ao tempo médio do internamento psiquiátrico.

É a partir deste entendimento, que se analisa que a discussão acerca da imposição do limite mínimo obrigatório de cumprimento de 1 a 3 anos, conforme previsto em lei, passa a ser outro aspecto que merece destaque. Afinal, muito embora o maior problema esteja na necessidade de fixação do limite máximo em razão do caráter perpétuo que esta ausência pode acarretar, o advento da reforma psiquiátrica, em 2001, e a consequente busca pelo melhor tratamento ao portador de transtorno mental, reforçou a tese de que este prazo mínimo não pode servir de óbice à realização da perícia médica para atestar a cessação da periculosidade a qualquer tempo, uma vez que dissipada a perturbação mental, já não há razão que legitime a continuidade da internação. (MARCHEWKA, 2004, p. 188-189).

Com tudo isso, a verdade que se avizinha é que este instituto, quando analisado sob a ótica criminal, possui inúmeras falhas e, por isso, é alvo da luta dos movimentos sociais anti-manicomiais que buscam uma solução contra-hegemônica para o problema, como será visto adiante.

2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E LEGISLAÇÃO PENAL

Conforme apresentado no primeiro capítulo, a loucura nem sempre foi vista sob o olhar médico, antes, era concebida como modo de manifestação do humano. A sua apropriação pelo saber médico só ocorreu no final do século XVIII, em 1793, tendo se desenvolvido no século XIX, com a figura da medicina clínica, quando Pinel, uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, em Paris, na França, e ali se deparando com um quadro chocante, eis que os pensionistas viviam em condições desumanas em masmorras sujas e úmidas, acorrentados e dormindo sobre palhas, definiu um novo status social para a loucura. A partir de então, loucura passou a ser sinônimo de doença mental.

A iniciativa do tratamento moral de Pinel⁷⁰, considerado o pai da psiquiatria, consistente na efetivação de um estudo patológico e negativo para a loucura e na constituição de um espaço específico para a loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico, reforçando a separação dos loucos - na medida em que estabeleceu que o asilo (constituído de reclusão e disciplina) era a melhor terapêutica - e a exclusão definitiva do universo da loucura no espaço social foi, desde o início, objeto de críticas e aplausos. (AMARANTE, 1995, p. 26).

De modo geral, as críticas se dirigiam ao caráter fechado e autoritário da instituição que implicava a perda da cidadania e da condição de sujeito de direito do portador de transtorno mental. Como decorrência das críticas, surgiu o primeiro modelo de reforma, qual seja o das colônias de alienados, que preconizava, segundo Amarante (1995, p. 27), que “[...] se a doença mental justifica a internação dos sujeitos, urge que o tratamento resgate a razão através do resgate da liberdade”. Este modelo tentava minimizar as críticas feitas aos hospitais tradicionais, dando a entender que havia um compromisso com o contexto sócio-histórico da humanidade; entretanto, com o passar dos anos concluiu-se que as colônias não diferenciavam dos hospitais.

Apenas após as duas Guerras Mundiais do século XX, cerca de duzentos anos depois de Pinel, certamente influenciados pelas fortes repercussões das experiências nazistas, da bomba atômica, além de diversas outras barbáries ocorridas nestas

⁷⁰ O tratamento moral, conforme já relatado no capítulo primeiro, fundava-se na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Termos como "repressão", "intimidação", "doçura" e "filantropia" passam a ser encontrados amiúde no vocabulário técnico cotidiano e, em particular, nos próprios textos de Pinel.

circunstâncias, em diversos lugares ganha força a discussão contra este modelo de tratamento psiquiátrico, buscando-se a humanização dos asilos. Estes movimentos reformistas podem ser identificados sob a ampla nomenclatura de “psiquiatria reformada”, a qual engloba a psicoterapia institucional, as comunidades terapêuticas, a psiquiatria de setor, a psiquiatria preventiva e a antipsiquiatria.

No início da década de 50, surgiu na Inglaterra o movimento das *Comunidades Terapêuticas* com Maxwel Jones, enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico. Este tipo de intervenção tinha sua lógica baseada na formação de uma microsociedade em que haveria a democracia das relações, a participação e papel terapêutico de todos os membros da comunidade, com ênfase na comunicação e no trabalho, como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos. O problema encontrado era que esta gestão comunitária apenas humanizava o manicômio, mas não colocava em discussão as relações de tutela e custódia. (AMARANTE, 1995).

Na França, no mesmo período, surgem as experiências da *Psicoterapia Institucional*, de Tosquelle, e da *Psiquiatria de Setor* em que ambas tinham por objetivo, a reforma asilar sem questionar a função social da psiquiatria, mas tão somente a busca pela promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria, que, ao longo dos anos, segundo seus defensores, havia perdido espaço para a violência e repressão dentro da instituição. A diferença entre elas é que a psiquiatria de setor tem por princípio que a função da instituição hospitalar é restrita a uma fase do tratamento e, assim, as ações junto à própria comunidade eram essenciais. Aqui, mais uma vez, verifica-se que não se desacredita no poder de psiquiatria de contenção e custódia. (AMARANTE, 1995).

A *Psiquiatria Preventiva*, por sua vez, nasce nos Estados Unidos na década de 1960, e tinha como estratégia intervir nas causas das doenças mentais, constituindo-se numa aproximação da psiquiatria com a saúde pública na medida em que almejava, além da prevenção das doenças, a promoção da saúde mental. Este preventismo estadunidense foi adotado também pelas organizações sanitárias internacionais (OMS) e por inúmeros países do Terceiro Mundo e produziu o falso imaginário da salvação, resultando, na verdade, em um aumento da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, sem que isso representasse a transferência de egressos asilares para os serviços intermediários. (AMARANTE, 1995).

Também na década de 1960, iniciou-se, na Inglaterra, o movimento denominado de *Antipsiquiatria*, com Laing e Cooper. Esse movimento promoveu um

forte questionamento não só à psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico teórico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, político e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, ou seja, uma reação à violência externa e, por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, nem de qualquer medicalização. (AMARANTE, 1995).

Como se vê, vários foram os movimentos reformistas, mas a todos eles, com exceção do movimento contestador radical inglês da antipsiquiatria, ainda era comum falhas concernentes a manutenção da prática terapêutica como recurso substancial ao tratamento do portador de transtorno mental.

Na verdade, foi a partir da tradição da antipsiquiatria que, embora tivesse falhas quanto ao completo afastamento da medicalização da doença, alcançaram-se relevantes contribuições para o conceito de desinstitucionalização como desconstrução conforme vinha sendo trabalhado na Itália com Franco Basaglia⁷¹.

2.3.1 A tradição italiana e sua influência na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira

De fato, é na Itália, na mesma década de 1960, que surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então e que levaria frutos para o mundo inteiro. A tradição basagliana⁷² continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana⁷³ confronta-se tanto com o manicômio, como com o modelo de comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa. Após a intervenção de Basaglia no Hospital de Gorizia, o manicômio passa a ser repensado na sociedade, segundo Basaglia:

[...] nosso discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é antiespecialístico), não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional

⁷¹ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática.

⁷² Esta crítica a psiquiatria tradicional foi iniciada por Francisco Basaglia enquanto diretor Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968) com um trabalho que vai além da simples humanização do *locus* manicomial para atingir na comunidade a desconstrução do dispositivo de tutela, exclusão e periculosidade. (AMARANTE, 1996, p. 68-106).

⁷³ O movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI) foi fundado em Bolonha em 1973 e, embora seja muitas vezes confundido com a própria tradição teórica basagliana, trata-se de um movimento político que tem como mérito a “possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas da violência institucional e, acima de tudo, à não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’”. (AMARANTE, 1995, p. 48).

transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política. (BASAGLIA, 1985, p. 9).

Ao contrário da Antipsiquiatria, a *Psiquiatria Democrática Italiana* não nega a existência da doença mental, antes propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno, cientificando que a loucura, como algo inerente à condição humana, vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais. Negava-se o conceito de doença mental como simples construção teórica, sem considerar as circunstâncias institucionais. O movimento italiano considerava, assim, que a psiquiatria sozinha não era capaz de dar conta do fenômeno complexo que é a loucura e promove a desinstitucionalização.

A instituição psiquiátrica deveria ser negada, enquanto saber e poder ideológico, conforme concluiu Basaglia porque, de acordo com Amarante (1995, p. 49), “[...] o que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização” que significa muito mais do que simplesmente desospitalizar. Para Basaglia:

A negação de um sistema é resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É este o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizemos do significado deste campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional, e em nítida contradição com as teorias técnicas-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e sua cura. Diante de uma tal constatação era impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas. (BASAGLIA, 1985, p.103).

Desta forma, Basaglia, em contato com a realidade do ambiente hospitalar, verificou que as simples reformas na instituição asilar não promoviam qualquer melhora efetiva e entendeu, que para transformar a realidade era necessário abandonar o território exclusivamente psiquiátrico e construir na sociedade condições para que ela fizesse parte da solução.

A *Psiquiatria Democrática Italiana*, ancorada nesta perspectiva basagliana, buscou substituir os serviços e tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com toda sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem à reinserção social do

sujeito no pleno exercício de sua cidadania, pois desinstitucionalizar pressupõe a compreensão da instituição no seu sentido complexo e dinâmico, relacionando-se com fenômenos sociais e históricos.

Na cidade italiana de Trieste, seguindo esta concepção teórica, são construídos centros de saúde mental, grupos-apartamentos, cooperativas de trabalho e serviços de diagnose e cura de saúde mental que, conjuntamente formam uma espécie de circuito de tratamento para aqueles que necessitem de assistência psiquiátrica.

O movimento italiano foi responsável pelo delineamento da desconstrução do pressuposto de periculosidade social imputado aos portadores de transtornos mentais, ou seja, a ideia de que toda pessoa internada torna-se perigosa começou a ser combatida porque se percebeu, com as experiências colhidas, que o louco pode ser e pode não ser perigoso. Na medida em que se inicia a luta contra a periculosidade social aplicada ao doente, passa-se a iniciar a luta pela sua cidadania e participação na vida social com “[...] afirmação dos direitos civis, sociais e políticos das pessoas que vinham internadas em instituições psiquiátricas.” (BARROS, 1994, p. 177).

Estas experiências repercutem positivamente e culminam com o questionamento do modelo tradicional então vigente, resultando na revogação da legislação psiquiátrica, de 1904, em vigor e na promulgação da nova legislação, conhecida como Lei Basaglia, aprovada em 13 de maio de 1978, dando origem a movimento pela reforma da legislação psiquiátrica. As principais modificações propostas eram a abolição progressiva dos hospitais psiquiátricos, a imposição de restrições ao tratamento sanitário obrigatório e a responsabilização sanitária. A partir deste movimento italiano, a questão passar a ser discutida como mais ênfase em diversas partes do mundo, iniciando-se, também, a discussão acerca do “custodialismo”, conforme denomina Barros (1994, p. 180), com a abertura de problemas teóricos e práticos entre a psiquiatria e a justiça penal. (BARROS 1994; MARCHEWKA, 2004).

No Brasil, a reforma psiquiátrica foi um processo que teve início no final da década de 1970, sob influência da Lei Basaglia, e se fortaleceu na década de 1980 como consequência do processo de redemocratização vivenciado após duas décadas de regime militar. É neste contexto histórico que toma forma o Movimento pela Reforma Sanitária cujo foco, de acordo com o pesquisador Castro foi:

[...] a mudança nos modelos de gestão e atenção nas práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços e a

participação dos trabalhadores e usuários no serviço de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologia de cuidado. (CASTRO, 2009, p.72).

A proposta principal da reforma psiquiátrica brasileira localiza-se na substituição do modelo manicomial, entendido como inadequado e reprodutor de diversas formas de exclusão social e cronificação dos loucos. O longo tempo de permanência nos regimes de internação ocasionava a gradativa desarticulação dos internos com seu meio sociocultural, dificultando o retorno deste a vida em sociedade. Assim, foi necessária a redemocratização das instituições, convocando a participação da sociedade civil e do Estado para a elaboração de novas ações. Esse movimento colocou as instituições psiquiátricas em evidência, apresentando as contradições e a insuficiência desse modelo de tratamento, identificado com mecanismos repressivos de controle social e político.

Entre os grupos de luta formados, destacou-se o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na década de 1970, que começou a denunciar o sistema nacional de assistência psiquiátrica, ressaltando a falta de recursos das unidades e a precariedade das condições de trabalho, apontando os casos de violência e tortura, a mercantilização da loucura, corrupções e fraudes, além de criticar o modelo hospitalocêntrico.

Para articular minimamente as mudanças que ocorreram nas práticas destinadas aos loucos, é preciso fazer um breve percurso histórico sobre os pontos mais marcantes desta evolução.

Primeiramente, no final da década de 1970, precisamente em 1978, ocorre a Crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental)⁷⁴ com a deflagração da greve geral da qual decorreu a demissão de estagiários e profissionais. Esse ato gera bastante mobilização entre profissionais de outras unidades e culmina com o nascimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)⁷⁵, cujo objetivo é se tornar um espaço de luta e mobilização não institucional com o fim de promover transformação da assistência psiquiátrica brasileira. Entre 1978 e 1980, diferentes

⁷⁴ A Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM – é o órgão do Ministério da Saúde era responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental, ela era formada por quatro unidades, todas no Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPII, Hospital Pinel, Colonia Juliano Moreira – CJM e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

⁷⁵ O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) é “o primeiro movimento em saúde mental com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade de saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental”. (AMARANTE, 1995, p. 57).

congressos ocorreram na área médica fortalecendo a discussão do tema saúde mental, abrindo-se um espaço cada vez maior para a crítica ao modelo assistencial ineficiente, cronificador e estigmatizador em relação à doença mental.

Segundo Amarante (1994), o problema das instituições psiquiátricas tem sido foco de ampla discussão nos diversos setores da sociedade brasileira nos últimos anos, especialmente, com a criação de vários movimentos que passaram a lutar pelos direitos dos loucos e que apresentam o desejo de construir uma sociedade sem manicômios, marcando o percurso dos trabalhadores em saúde mental em favor desta causa. Esse pensamento vem articulando-se ao longo da história da psiquiatria brasileira, mas ganhou grande notoriedade a partir de 1987, quando nasce o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que se posiciona radicalmente contrário ao isolamento em manicômio como forma principal de tratar a loucura – processo que tem promovido amplo debate para criação de iniciativas políticas na elaboração de projetos legislativos e de ações governamentais. A proposta é criar novos modelos em saúde mental que atendam aos loucos na perspectiva de inseri-los na cartografia da cidade.

Neste sentido, em 1987, a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, foram apresentadas novas diretrizes para a reestruturação dos serviços em saúde mental, como a priorização de investimentos nos serviços fora dos ambientes hospitalares e interdisciplinares em oposição à tendência hospitalar, na qual o tratamento era de responsabilidade exclusiva da psiquiatria. Neste mesmo ano, realiza-se, em Bauru-SP, o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial. Influenciado pela tradição basagliana, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental lança o tema “*Por uma Sociedade sem Manicômios*” e tem como meta principal o projeto da desinstitucionalização com a reorganização de serviços e ações de saúde mental e de cunho social, agora com a participação das associações de usuários e familiares.

Enfim, a nova etapa inaugurada na I CNSM consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1995, p.82).

Todo esse movimento, inspirado na reforma feita na Itália, tinha como objetivo modificar o modelo de atendimento psiquiátrico no Brasil, reduzindo os leitos

psiquiátricos e aumentando o número e a cobertura de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), unidades de atendimento intensivo e diário aos portadores de transtornos mentais. Criados como alternativa ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, caracterizado por internações de longa permanência e regime asilar, os Centros de Atenção, ao contrário, permitem que os usuários permaneçam junto às suas famílias e comunidades, melhorando a qualidade de vida do interno.

Uma conquista importante foi o surgimento do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira – em São Paulo, em 1987, com o objetivo de se tornar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade, que acabou por exercer forte influência na criação dos serviços por todo o país.

O conjunto destas ações culmina na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, em 1990, na aprovação da Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o Sistema Único de Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada - de caráter complementar - de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação.

Neste contexto de busca de novos paradigmas surgiu o Projeto de Lei 3.657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, bem como regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Tal Projeto representou apenas o início de uma série de mobilizações desencadeadas em todo o país, atingindo os mais diversos segmentos da sociedade, unindo em torno desta causa, não apenas as equipes técnicas, mas também entidades de usuários, familiares e simpatizantes.

No final do século XX, em 1999, o discurso pela Reforma tornou-se oficial, sendo incorporado pelo Estado, quando foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, formada por entidades de familiares e usuários dos serviços de saúde mental, conselhos profissionais da área de saúde, prestadores de serviços públicos e privados bem como gestores de saúde, responsáveis pela política nacional de saúde mental. Iniciou-se, portanto, uma mobilização política, social e intersetorial no sentido de tornar pública a violação dos direitos humanos aplicada institucionalmente aos loucos infratores, objetivando a busca de alternativas e de referências para enfrentar a complexidade do problema em questão, sendo estas propostas inovadoras para o redesenho da política de atenção ao louco infrator.

A Campanha de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) instituiu a bandeira *Manicômio Judiciário... o pior do pior...*, lançada na abertura do IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, ocorrido em Maceió, no período de 22 a 26 de setembro de 1999, inaugurou o processo de discussão coletiva da questão manicomial. Neste encontro foi “[...] apresentado um relatório detalhado das inúmeras violações de direitos dos loucos infratores nos diversos Estados brasileiros, descortinando o cenário político que a campanha teria que enfrentar”. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 13).

O projeto do deputado Paulo Delgado levou dez anos em discussão tendo sido, ao final, promulgada a lei n. 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, representando um grande avanço no sentido de garantir os direitos da pessoa com transtornos mentais.

A nova lei fundamenta-se em conceitos como: cidadania, atenção integral, inserção social e reabilitação psicossocial, substituindo-se o referencial de doença mental, até então dominante na filosofia manicomial, pelo referencial de saúde mental.

A reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito, através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente favorável para que aquele que sofre psiquicamente possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social.

A lei, embora não tenha adotado todos os postulados da luta antimanicomial, abriu caminho para a superação do modelo hospitalocêntrico, baseado na exclusão social do doente mental, modelo este que acarretou, desde sempre graves violações aos direitos humanos. Em outras palavras, apesar da lei não ter conseguido alcançar a radicalidade da substituição definitiva do hospital psiquiátrico, a política de saúde mental no Brasil obteve grandes avanços com a Lei nº 10.216/01.

Reconheceu-se a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e a indução do modelo concentracionário de atendimento ao doente para o modelo comunitário, preservando-se a liberdade e o respeito à pessoa portadora de transtorno mental na medida em que entende que o tratamento, e quiçá a cura, é feito

com obtenção de melhores resultados quando o doente é tratado no seio de sua comunidade.

Os direitos previstos nessa lei devem, portanto, ser amplamente garantidos “*sem qualquer forma de discriminação*.”⁷⁶ O parágrafo único do art. 2º da referida lei, conforme já ressaltado no capítulo 1 deste trabalho, prescreve os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, donde se conclui que toda a estrutura da legislação de saúde mental é voltada para o tratamento e apoio ao doente, e não para a punição. A lei traz a necessidade de preservar os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Deu-se início à construção da rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Neste contexto, são constituídos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad)⁷⁷, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, centros de convivência, residências terapêuticas⁷⁸, dentre outros, os quais, a partir da abordagem interdisciplinar, visam a atender à demanda psiquiátrico-psicológica de determinada região geopolítico-cultural.

Como reflexo deste movimento, e do embate entre a doença mental e a periculosidade social, desde 2000, tramita os projetos de lei PL nº 3.473/2000 que visa alterar o Código Penal, em seus artigos 96 a 98-A, possibilitando ao juiz conceder a desinternação progressiva e estabelecendo o prazo máximo de cumprimento da medida de segurança e PL nº 5.075/2001, que visa alterar a Lei de Execução Penal de modo a refletir o proposto do PL nº 3.473/2000. Entretanto, até hoje nenhum dos projetos foi definido em lei⁷⁹.

⁷⁶Lei n. 10.216/01: 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.

⁷⁷ Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. O CAPS I refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial de menor porte (20.000 e 50.000 habitantes). O CAPS II tem serviços de médio porte (mais de 50.000 habitantes). O CAPS III compreende os serviços de maior porte da rede CAPS (mais de 200.000 mil habitantes), os serviços são de grande complexidade, e funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. O CAPSi refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial voltado especificamente pra a clientela infantil. Já o CAPSad é voltado a ações de prevenção e tratamento ao Uso Indevido de Álcool e outras drogas.

⁷⁸ As residências Terapêuticas são dispositivos voltados, exclusivamente, para pacientes psiquiátricos de longa permanência em instituições asilares fechadas e sem possibilidade de restituição dos vínculos familiares.

⁷⁹ O último andamento do PL nº 3.473/2000 foi em 31 de julho de 2003 quando foi a plenário e a “matéria não foi apreciada em face do encerramento do prazo regimental da Ordem do Dia”. (Disponível na internet em: < <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=19717>>.

2.3.2 Reflexões sobre o modelo hospitalocêntrico e os 10 anos da reforma psiquiátrica nacional

De acordo com o que vem sendo apresentado ao longo deste capítulo, não há dúvidas de que o Movimento da Luta Antimanicomial constitui-se como um movimento político que tem como eixo principal a construção da cidadania do louco e sua inclusão social. O movimento preconiza a transformação radical dos dispositivos sociais milenares até então utilizados com a loucura, promovendo um autêntico movimento político que busca produzir soluções, para além do que já existe, apoiadas em novas categorias e novos conectores no campo social que possam articular toda rede de assistência e de cidadania. Desta forma, faz-se necessário que o discurso da chamada clínica antimanicomial extrapole o campo das ciências que há muito tempo aprisionou a loucura a um saber e ganhe o contorno do mundo.

O movimento antimanicomial convoca, assim, a sociedade a se responsabilizar pela inclusão do sujeito particular, que divide o seu cotidiano apresentando a radicalidade de ser singular. Entretanto, ainda é difícil, para a cultura que encarnou na figura do louco o perigo, aceitar a ideia de desmontar o manicômio. A desarticulação da instituição manicomial é árdua porque na base do manicômio estão concepções teóricas e práticas clínicas que são fruto da cultura da exclusão.

A maior luta empreendida pela reforma psiquiátrica é em busca da desinstitucionalização⁸⁰, isto porque na verdade, embora exista a crença de que não se pode curar a doença mental, este entendimento é consequência da segregação, da clausura, da violência e da ausência de vínculos sociais a que são submetidas aquelas pessoas durante anos dentro das instituições de características asilares, pois as pessoas com transtornos mentais são vulneráveis a violações dentro e fora do contexto institucional, na prática rotineira de opressão de sua autonomia e liberdade.

Acesso em 10 jan. 2012). Já o PL nº 5.075/2001 (que visa alterar o art. 6º, parágrafo único; art. 7º, parágrafo único, art. 8º, §2º, art. 26, III, art. 66, II, IV, VII, “e” e “i” e VIII, art. 68, II, “c” e “g”, art. 101, arts. 171 a 173, arts. 175 a 179, e arts. 183 e 184) teve seu último andamento em 10 de fevereiro de 2005, quando se informava que o projeto estava pronto para ser incluído na pauta. (Disponível na internet em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=32027>>. Acesso em: 10 jan. 2012).

⁸⁰ Faz-se referência que deixando bem claro que “desinstitucionalizar não é o mesmo que desospitalizar” como explicita Villar (2007, p. 69), na medida em que, como visto, significa implantar serviços alternativos, que contribuam para a prevenção de internações desnecessárias e que garantam o apoio para pacientes não institucionalizados em serviços na comunidade, entre outras alternativas.

Esta aniquilação do indivíduo portador de problemas mentais em seus mais elementares direitos de cidadania gerou o questionamento do modelo tradicional, à luz da experiência científica contemporânea.

Embora várias alterações tenham ocorrido desde a criação do primeiro hospital psiquiátrico destinado ao tratamento dos loucos no país, em 1841⁸¹, a lógica manicomial permaneceu e ainda influencia o tratamento em saúde mental. O regime de internação, assentado em bases histórico-culturais muito ásperas, ainda aparece como modelo principal, promovendo a execução de uma política sistemática de segregação. A possibilidade de inclusão do louco na Pós-Modernidade esbarra em questões que extrapolam as políticas públicas, deixando transparecer a dificuldade de se trabalhar as relações de alteridade.

A função desempenhada pelo hospital psiquiátrico na atualidade é abordada com precisão na obra *Sociologia da doença*, quando os autores afirmam que:

[...] os hospitais psiquiátricos desempenham igualmente outras funções. Eles permitem colocar em segurança pacientes perigosos para si mesmos ou para outros, e também contribuem para ressocializar os pacientes para que, em tempo, possam retornar à convivência com os demais e cumprir seus papéis sociais. Assim, o modelo funcionalista entende o hospital, de um lado, como uma resposta mais ou menos eficaz às necessidades terapêuticas e, de outro lado, em termos de controle social. [...] Os resultados da pesquisa de Erving Goffman não obstante, questionam a realidade de uma função terapêutica do hospital [...] e coloca em evidência as semelhanças entre o funcionamento da instituição psiquiátrica e das prisões ou dos mosteiros. (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 108-109).

Sem dúvida, quanto ao aspecto da criação do hospital psiquiátrico para garantia da segurança, ou do controle social, ele atingiu seu objetivo, na medida em que afasta do convívio aquela pessoa indesejada a qual a sociedade deseja esquecer. No entanto, a loucura não pode ser negada como doença, e, é, sob este aspecto, que se questiona a eficácia do cumprimento dos fins terapêuticos do modelo hospitalocêntrico criado.

Os manicômios continuam sendo a ponta mais aguda do processo de exclusão por serem estruturas de completo desrespeito aos direitos fundamentais da pessoa humana: a internação constitui, para o enfermo mental, quase sempre, uma porta de entrada, nunca de saída.

⁸¹ Em 1841, como já assinalado no primeiro capítulo deste trabalho, ocorreu a criação do Hospício Nacional, no Rio de Janeiro, mas sua inauguração efetiva ocorreu apenas em 1852, com o nome de Hospital Pedro II.

O movimento da luta antimanicomial, como visto, surgiu como forma de dar voz à situação destas pessoas excluídas e seu maior intuito é levar os profissionais da saúde mental a fazerem uma reflexão acerca de novas formas de pensar, de agir, de perceber e de cuidar dos doentes mentais.

Convém reconhecer que a atenção de saúde mental no Brasil mudou com a implementação dos serviços substitutivos do modelo do hospital psiquiátrico, posto que, no atual modelo consagrou-se a participação multidisciplinar de profissionais como psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. No entanto, apesar desta mudança, outros problemas, como a análise da qualidade destes serviços substitutivos e a existência de grupos econômicos de interesses contrários acabam surgindo. Afinal, além da simples existência de um serviço externo não garantir sua natureza não-manicomial, a mera participação social de entidades e associações de usuários e familiares não garantem a democratização do atendimento, eis que muitas entidades podem ser subsidiadas economicamente por grupos econômicos contrários à lógica da desinstitucionalização.

Conforme se extrai do relatório da Organização Mundial de Saúde sobre a saúde mental no mundo:

A desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e a atenção comunitária ainda enfrenta muitos problemas operacionais. Entre as razões da falta de melhores resultados estão o fato de que os governos não consignaram à atenção na comunidade os recursos poupados com o fechamento de hospitais; não houve adequada preparação de profissionais para aceitar a mudança de seus papéis; e os estigmas imputados aos transtornos mentais continuam fortes, resultando em atitudes negativas do público para com os portadores desses transtornos. Em alguns países, muitas pessoas com transtornos mentais graves são transferidas para prisões ou ficam desabrigadas. (OMS, 2001, p.49).

Dados do Ministério da Saúde de 2009 revelam que o Brasil conta com 1.326 CAPS (centro de atendimento psicossocial), mas a distribuição desses ainda é desigual. O Amazonas, por exemplo, com 3 milhões de habitantes, tem apenas quatro centros. Dos 27 Estados, só a Paraíba e Sergipe têm CAPS suficientes para atender ao parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes, muito embora estes CAPS precisem de melhorias. Em Rio Branco existe tão somente o CAPSad (centro de atendimento

psicossocial de álcool de drogas), não havendo rede substitutiva para atendimento da saúde mental⁸².

Ainda, em que pese toda a participação social e reforma legislativa, a hegemonia do modelo manicomial centrado nos hospitais ainda permanece, principalmente quando a questão trata do louco infrator. Esse modelo hospitalocêntrico continua matando, escravizando e evitando para sempre, às pessoas que necessitam de atenção de saúde mental, a participação no seu próprio tratamento, sem possibilidade de reabilitar-se.

Entende-se, portanto, de acordo com o Cohen e Marcolino que “[...] a reclusão do paciente em hospital psiquiátrico contra a sua vontade passa a ser uma medida drástica, excepcional, sendo ele internado o menor tempo possível, o que limita a segregação do indivíduo da sociedade”. (COHEN; MARCOLINO, 2006, p.25).

Após dez anos de promulgação da lei, embora inúmeros sejam os desafios a serem perseguidos, muitos são os resultados positivos sentidos em âmbito nacional e debatidos inclusive pela Dra Marcela Lucena, representante da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Governo Federal, durante o encontro “Além dos Loucos Muros”⁸³, destacando-se a desmistificação da doença efetivada com a ampliação da oferta e do acesso à informação e a assistência ao doente, bem como com a ampliação da concepção de cuidado, e, além disso, a instituição de processos regulatórios para as internações, evitando-se cada vez mais internações de cunho compulsório que não analisavam os desejos e as possibilidades da família do doente.

Na visão de Castro, o problema atual parece residir em enfrentar a resistência social que existe em transformar os hospitais psiquiátricos em serviços abertos de atenção à saúde mental, vez que subsiste o imaginário histórico e culturalmente construído que “associa diretamente loucura, periculosidade, irresponsabilidade e imprevisibilidade”. (CASTRO, 2009, p. 78).

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, fundamentado em conceitos como cidadania, atenção integral e promoção da saúde dos *loucos*, foi muito importante na orientação quanto às transformações nas relações cotidianas entre trabalhadores de

⁸²Dados coletados da área técnica de saúde mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008, de 31 de janeiro de 2009, disponível na internet em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf>. Acesso em 10 jan. 2012.

⁸³Seminário que marcou o início da I Semana estadual da luta antimanicomial realizada no período de 16 a 20 de maio de 2011 no Estado da Paraíba e teve como conferência de abertura a análise dos dez anos da luta antimanicomial no Brasil proferida pela Dra. Marcela Lucena.

saúde mental, usuários e famílias, em busca da desinstitucionalização e da humanização das relações, com a municipalização das ações em saúde e a tendência para a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde. (AMARANTE, 1995).

Todo o processo instituído pelos diversos movimentos que trabalhavam por um tratamento em saúde mental mais humanizado não encontrou tanta ressonância na questão dos loucos infratores. A instituição jurídica orientada pelo saber psiquiátrico estabeleceu que o destino destes sujeitos, autores de um ato ilícito, ainda deveria ser o Manicômio Judiciário.

Em 1999 foi produzido um documentário intitulado “A Casa dos Mortos”⁸⁴, pela antropóloga Débora Diniz, relatando a situação do Manicômio Judiciário de Salvador, revelando o polêmico tema dos manicômios judiciais como o grande desafio da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No filme, é possível perceber de maneira clara todos os aspectos das violações sofridas pelos portadores de transtornos mentais autores de injusto penal.

É neste sentido que se afirma que a questão do “louco infrator” apresenta-se de forma destacada, denunciando a realidade penal em descompasso com os princípios dos direitos humanos e com os avanços relativos à reformulação das experiências clínica e social em atenção ao portador de sofrimento mental, obtidos no último século, os quais ensejaram a produção de novas referências conceituais no campo da saúde mental.

É necessário repensar o fato de existirem tantas pessoas submetidas à medida de segurança, porque praticaram fatos tidos como criminosos, mas por serem inimputáveis, ao invés da pena, cumprem medida de segurança, internadas, em estabelecimentos inadequados, convivendo com toda sorte de condenados, sem tratamento específico adequado, ficando explícitas as deficiências ora inadmissíveis e até desumanas.

⁸⁴ A expressão “casa dos mortos” foi criada e imortalizada em poesia por Bubu, um escritor com 12 internações em manicômios que resiste à condição de morto-vivo (Anexo I). A antropóloga Débora Diniz faz um documentário de 24 minutos, em que resgata o poema narrado pela voz imponente de Bubu, e denuncia a desrazão que mantém aberta as portas do manicômio judiciário. Ao fim de cada estrofe, a explicação sobre onde ocorrem “mortes sem batidas de sinos”, “overdoses usuais e ditas legais” e “vidas sem câmbio lá fora”. “É que aqui é a casa dos mortos!”, esclarece Bubu. Os protagonistas do documentário são Jaime, Antonio e Almerindo, cada um com sua sina, contam a realidade macabra dos manicômios judiciais do país revelando os destinos que estão reservados aos doentes mentais que cometem crimes no Brasil: ciclos intermináveis de internações, suicídio ou a sobrevivência em prisão perpétua. (DINIZ, 1999).

Nesta linha, Jacobina ao analisar a situação do louco infrator, conclui que a legislação sanitaria deveria prevalecer porque nesses casos “[...] caem todas as normas do sistema penal que se aplicam ao louco, que passa ao ato e pratica fato tipificado na lei penal e aplica-se-lhe integralmente a Lei da Reforma Psiquiátrica”. (JACOBINA, 2008, p. 111). O autor revela, assim, que, acima de tudo, dever-se-ia primar pelo tratamento da saúde do doente, não considerá-lo como um criminoso perigoso.

Sem dúvida, considerando que o ordenamento jurídico é criação do ser humano para o ser humano, deve haver um esforço para alcançar maior interação do Direito com as Ciências Psíquicas, isso no intuito de se buscar possibilidade de um tratamento efetivo e eficaz, que conte, por exemplo, com modulações de internação para acompanhamento ambulatorial, num prazo adequado, resultando na efetiva desinternação do paciente e sua reinserção na sociedade.

A reforma psiquiátrica e sua projeção no mundo jurídico descaracterizaram absolutamente a abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar, repressora, como abordagem clinicamente eficaz e, por conseguinte, o jurista que estiver utilizando a medida de segurança lastreado na convicção de que está utilizando uma medida terapêutica de cunho sanitário está enganando-se. Não há como ocultar, portanto, que a medida de segurança de internação não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão-somente em benefício da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico.

De fato, em que pese os avanços na ordem da saúde, no âmbito da justiça ainda há muito a que se discutir. Há um verdadeiro descompasso entre a legislação de saúde mental e a legislação penal. É recorrente o entendimento da justiça acerca da internação compulsória do doente mental autor de injusto penal, decidindo-se, de modo contrário a evolução médica, que é preciso internar para tratar.

Demais disso, o sistema atual de segregação do doente em local inadequado (cadeias e penitenciárias), aliado à ausência de recursos humanos especializados e em caráter perpétuo aponta para a criminalização da doença. A medida de segurança perde com isso o seu caráter de tratamento e apoio ao doente, e ganha um caráter meramente punitivo.

Em resumo constata-se que a medida de segurança é consagrada no Brasil no Código Penal de 1940, numa época em que a medicina psiquiátrica baseava-se no tratamento asilar. Nas décadas de 1950 e 1960, houve significativa evolução da

psiquiatria tanto no aspecto de forma de tratamento quanto na descoberta de novos medicamentos que auxiliam a garantir a saúde mental do doente. Apesar desta evolução, a lógica do instituto criminal não sofreu qualquer alteração, eis que continua baseado no sistema asilar de 1940.

Vários destes aspectos foram discutidos na audiência pública promovida pela Procuradoria da República, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), em junho 2011, em que o objetivo maior era dar conhecimento aos operadores de direito, aos especialistas da área saúde mental, além de entidades civis, quanto à forma de aplicação da Lei nº 10.216/2001 a fim de obter dados e subsídios que possibilitem a construção um conhecimento multidisciplinar sobre o tema e “[...] contribuir para impletação de modelos legais efetivamente pautados na proteção dos direitos humanos, assegurando, enfim, os direitos fundamentais da pessoa com transtornos mentais”⁸⁵. (MUSSE, 2011, p. 9).

Desse encontro, foi produzido um parecer em que ficou demonstrado que é imprescindível haver inter-relação entre o sistema de justiça criminal e a estrutura da legislação de saúde mental brasileira, visando à efetiva implementação do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos consagrados às pessoas com transtornos mentais sob pena de afetar as garantias da pessoa humana.

⁸⁵ A audiência pública foi organizada pela Dra. Gilda Pereira de Carvalho, Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão, e ocorreu em Brasília no dia 20 de junho de 2011, contando com representantes de diversos Estados. Este encontro foi fruto do trabalho da comissão criada em 2009 para discutir e elaborar parecer sobre a situação das pessoas em medidas de segurança. Todo o áudio da audiência pública está disponível na internet em: <<http://audienciapublicasaudemental.blogspot.com/p/apresentacoes.html>> Acesso em: 13 ago. 2011. O parecer produzido está disponível em: <http://ccipfdc.files.wordpress.com/2011/06/parecer_final_comissao_pfdc.pdf> . Acesso em 13 ago. 2011.

3 A DIGNIDADE DO LOUCO INFRATOR NA CIDADE DE RIO BRANCO-AC

Durante todo o trabalho, demonstrou-se a trajetória histórica do tratamento social e da legislação destinada ao portador de transtorno mental, partindo-se da análise do lugar ocupado pela loucura desde a Idade Média até a Modernidade, até as possibilidades de inclusão social do mesmo a partir do discurso psicanalítico e dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Tudo o que foi apresentado até agora serve como base para justificar oficialmente, associado a outros argumentos levantados, a seguinte situação: esclarecer a forma como os portadores de transtornos mentais autores de injusto penal são tratados no Estado do Acre, com ênfase na situação da cidade de Rio Branco.

Ao longo da investigação, buscou-se reunir informações que possibilitassem assinalar - mesmo que brevemente - como é a constituição atual do Hospital de Saúde Mental do Acre e da rede de atendimento ao portador de transtorno mental. Em seguida, analisou-se como é dado o tratamento ao portador de transtorno mental que cumpre medida de segurança de internação na cidade de Rio Branco e, para tanto, a coleta de dados abrangeu uma investigação junto às unidades penitenciárias de Rio Branco-AC.

Serão demonstrados não apenas os discursos do Poder Judiciário, mas fundamentalmente o discurso médico, as visões do Ministério Público e da Defensoria Pública, e ainda serão apresentadas as ações estatais concretas.

Para construção da pesquisa, o trabalho foi desenvolvido segundo frentes diversas, mas convergentes entre si. Partiu-se da análise dos processos a que foram submetidas às pessoas portadoras de transtorno mental que cometeram delitos na cidade de Rio Branco no período de 2005-2010. Durante a pesquisa foram observados 17 (dezessete) casos⁸⁶, número este oriundo de dados coletados junto à Vara de Execução Penal em Rio Branco, valendo lembrar que este número não reflete a realidade das ocorrências envolvendo portadores de transtornos mentais, pois, diante das informações coletadas, foi possível aferir que diversas pessoas acabam sendo tratadas como se fossem plenamente sãs, ante a dificuldade de diagnosticar e tratar o problema no Estado.

⁸⁶ A relação de todos os processos analisados, bem como um resumo da situação processual dos pacientes judiciários durante a análise da pesquisa encontra-se no Anexo B que faz parte deste trabalho.

A escolha dos casos perante a Vara de Execução Penal justifica-se porque ela é a responsável pelo acompanhamento da execução das sentenças proferidas pelos demais juízes criminais da Comarca. Assim, muito embora a justiça criminal de primeiro grau de Rio Branco seja constituída por oito juízes titulares que trabalham nas Varas Criminas - sendo quatro varas genéricas (onde tramitam crimes como roubo, furto, dentre outros), com um juiz em cada vara, dois Tribunais do Júri, (onde tramitam os processos de crimes contra a vida, como homicídio e tentativa de homicídio), totalizando dois juízes e uma vara especializada de tóxico e acidente de trânsito, com um juiz – as sentenças proferidas por estas unidades judiciárias são encaminhadas para a vara de execução penal, que conta com um único juiz responsável para acompanhar o cumprimento de todas as reprimendas aplicadas, sejam elas a pena propriamente dita, ou a medida de segurança.

Depois de observar o desenvolvimento dos processos judiciais de execução das medidas de segurança, conheceu-se a estrutura física e o funcionamento do Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), bem como obteve-se, junto ao Instituto Penitenciário do Estado do Acre (IAPEN), dados sobre a forma de tratamento dos portadores de transtornos mentais dentro das unidades penitenciárias.

Por fim, coletou-se a visão dos juízes criminais, médicos psiquiatras, promotor titular da promotoria dos direitos humanos e da execução penal e de defensores públicos sobre o tema.

Para a realização deste trabalho, optou-se pela entrevista semiestruturada⁸⁷ eis que esta “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador”. (MINAYO, 1998, p. 107).

De fato, a entrevista semiestruturada consiste em uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente para o entrevistado, na qual o entrevistador pode acrescentar mais perguntas com o objetivo de esclarecer melhor alguma questão. Esta técnica permite que o entrevistado, na visão de Lakatos e Marconi (2008, p. 72) tenha “[...] liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considerar adequada”, pois, além de possibilitar o preparo do roteiro com os assuntos que devem ser abordados, ao mesmo tempo, permite que o entrevistando discorra sobre as questões de maneira livre.

⁸⁷ O roteiro da entrevista realizada pode ser observado no Anexo D.

Segundo Richardson (1999, p. 208), esse tipo de entrevista “[...] visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de determinado problema: as suas descrições de uma situação em estudo”. Entende-se, assim, que a questão apresentada é explorada de maneira mais ampla, pois a entrevista proposta permite maior liberdade e aprofundamento tornando-se fonte essencial de evidências para o estudo do caso em questão. A partir das entrevistas realizadas foi possível não só abordar o conceito de dignidade, mas também as implicações deste conceito na atuação do ordenamento jurídico.

É preciso esclarecer que as entrevistas não foram realizadas com todos os juízes, promotores e defensores públicos da cidade de Rio Branco, já que o volume de material para análise seria imenso, dificultando, assim, trabalho mais particularizado. Foram entrevistados 6 juízes criminais, 3 promotores de justiça, 3 defensores públicos, 2 médicos psiquiatras, 1 representante do instituto penitenciário, 1 representante da Associação dos Pacientes e Amigos da Saúde Mental no Acre – APASAMA, sendo que estas duas últimas entrevistas serviram apenas para coleta de informações sobre o complexo penitenciário e o hospital psiquiátrico, respectivamente, não para análise do discurso.

As entrevistas foram realizadas em torno dos conceitos de loucura e dignidade buscando incitar os entrevistados a refletirem e emitirem suas opiniões sobre a maneira como é dado o cumprimento da medida de segurança de internação no Estado do Acre, sendo recolhido termo de consentimento livre e esclarecido de todas as pessoas entrevistadas⁸⁸. A forma de abordagem se iniciava com um telefonema da pesquisadora para o entrevistado informando do que se tratava e convidando-o a participar da pesquisa. De modo geral, com exceção de uma delas, as entrevistas ocorreram no local de trabalho de cada entrevistado, mas foi garantido que não ocorresse interferência externa de maneira a proporcionar liberdade e fluidez na conversa. Todo o procedimento das entrevistas foi realizado individualmente através de gravação em equipamento de áudio digital, cujo conteúdo foi transcrito e identificado por códigos fictícios de modo a possibilitar o estabelecimento de relações entre os grupos de entrevistados, assinalando a distinção ou semelhança no pensamento e proteger a identidade de cada opinião emitida.

⁸⁸ O modelo do termo de consentimento utilizado na pesquisa se encontra encartado no Anexo C.

Considerando que o enfoque da pesquisa é analisar se a forma como a aplicação da medida de segurança de internação atende ou viola o princípio da dignidade da pessoa humana sob a ótica dos diversos atores que lidam com os processos dos pacientes portadores de transtornos mentais, optou-se por não buscar entrevista com os próprios pacientes e/ou seus familiares desses, uma vez que, ainda que se reconheça o problema social existente, o problema apresentado como finalidade da pesquisa é de cunho legislativo e de ausência de política pública.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em duas partes neste mesmo Capítulo (3.1. “*A trajetória do portador de transtorno mental autor de injusto penal em Rio Branco-AC: estudo de caso*” e 3.2. “*Dignidade, transtorno mental e delitos*”). Na primeira parte é, inicialmente, apresentado o resultado do estudo dos processos de execução penal das pessoas que cumprem, ou cumpriram, medida de segurança de internação na cidade de Rio Branco no período de 2005 a 2010, em seguida contextualiza-se a rede pública de saúde, focando-se no hospital de saúde mental do acre, e a rede de justiça e segurança, com enfoque na unidade penitenciária Francisco de Oliveira Conde. Na segunda parte, procede-se com a descrição dos dados coletados na entrevista a fim de contribuir com a construção do pensamento dos atores investigados neste processo quanto ao entendimento do conceito de dignidade quando da aplicação da medida de segurança de internação.

Salienta-se que, em função do próprio caráter aberto das entrevistas, não foram obtidos dados objetivos quanto à conceituação de loucura e dignidade, e, na verdade, a finalidade da entrevista não era aprofundar estas questões específicas, mas sim compreender os valores gerais dos entrevistados sobre a situação e perceber nestes pontos a forma de reflexão deles sobre o tema.

Importa ressaltar ainda que, antes de iniciar a pesquisa propriamente dita, foram identificadas como instituições essenciais para fomento da consulta o Tribunal de Justiça do Estado do Acre, o Hospital de Saúde Mental do Acre e o Instituto de Administração Penitenciária do Acre, e, assim, buscou-se o consentimento prévio destas instituições para realização da pesquisa, o que foi alcançado. Demais disso, a pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, onde foi aprovada a sua realização.

3.1 A TRAJETÓRIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AUTOR DE INJUSTO PENAL EM RIO BRANCO-AC: ESTUDO DE CASO

Conforme já sinalizado não há manicômio judiciário na cidade de Rio Branco-AC⁸⁹. Esta premissa, de certa forma, em uma análise preliminar, poderia servir para ressaltar esta ausência como um verdadeiro avanço sociopolítico nos exatos moldes preconizados pela reforma psiquiátrica, uma vez que, em muitos Estados, a luta do movimento antimanicomial é, justamente, para que os portões das instituições violadoras dos direitos do portador de transtorno mental sejam cerrados.

No entanto, conforme se verifica na prática, a inexistência de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico cria um problema de difícil solução e graves consequências para a qualidade de vida dos pacientes acometidos por transtornos mentais e também para a administração da Justiça acriana, com reflexos danosos à segurança pública e à sociedade. Isto porque, muito embora a legislação penal preconize que “[...] o internado será recolhido a estabelecimento dotado de características hospitalares e será submetido a tratamento”⁹⁰ - pois já evidenciado que o inimputável não deve ser recolhido à cadeia ou ao presídio comum, devendo, ao revés, receber o tratamento psiquiátrico necessário em hospital ou em local com dependência médica adequada, evitando assim que seja submetido a condições degradantes e inconcebíveis ante ao princípio de dignidade humana -, a inexistência de local apropriado no Estado do Acre esta implicando que o cumprimento de medida de segurança de internação ocorra dentro da unidade penitenciária comum a outros presos, algo que a Lei de Execução Penal não autoriza em hipótese alguma. Com isso há violação explícita aos próprios princípios constitucionais, no tocante aos direitos e garantias do cidadão, previstos no artigo 5º da Constituição Federal.

O tratamento realizado nos criminosos inimputáveis, em Rio Branco, vem causando marcas desastrosas, com casos de descaracterização do ser humano, pois eles chegam a passar anos enjaulados, dopados, sem tratamento adequado, e incapazes de responderem por si.

Essa realidade impulsionou o interesse pela pesquisa e, assim, para que fosse possível conhecer, *in loco*, o que isto implicaria na prática cotidiana, foi necessário

⁸⁹ Dos 27 Estados brasileiros, apenas dez não possuem HCTP, são eles: Acre, Amapá, Rondônia, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, e Goiás.

⁹⁰ Art. 99, do Código Penal.

conhecer os processos judiciais e entender o funcionamento das unidades de saúde e unidades prisionais, conhecendo as deficiências, e, principalmente, o que as pessoas que trabalham com esses indivíduos pensam realmente sobre este problema, se é que ele é realmente um problema.

3.1.1 Contextualização processual dos portadores de transtornos mentais autores de injusto penal em Rio Branco-AC

A pesquisa processual realizada junto a Vara de Execuções Penais da Comarca de Rio Branco revelou que, no ano de 2010 (início da realização da pesquisa), havia 17 (dezessete) pessoas cumprindo medida de segurança de internação em Rio Branco dentro do Complexo Penitenciário da Capital⁹¹. Todos os nomes dos pacientes judiciários foram coletados e iniciou-se a pesquisa processual.

Após verificar quantos e quais eram os casos objetos da pesquisa, iniciou-se à análise das sentenças que fixaram a medida de internação de modo a verificar a data do fato, a capitulação do ilícito, a data da prolação da sentença absolutória imprópria, a espécie de medida de segurança aplicada e o prazo de duração da medida aplicada.

Dos casos analisados, três deles⁹² tiveram sentenças absolutórias impróprias, que decretaram as medidas de segurança de internação, proferidas antes de 2005 e, em um deles⁹³, a referida decisão foi proferida no ano de 2011, e, uma vez que a delimitação temporal da pesquisa estava fixada nos casos ocorridos no período compreendido entre 2005 a 2010, estes foram descartados.

Dos treze casos analisados, dez foram de crimes contra a vida (homicídio e tentativa de homicídio), um foi de crime contra o patrimônio (roubo) e dois foram de crimes contra a liberdade sexual (estupro e atentado violento ao pudor).

Entre o fato narrado em cada processo e a data da prolação da sentença verificou-se um lapso temporal médio de dois anos, sendo que em doze casos o portador de transtorno mental respondeu todo o processo internado na unidade prisional.

⁹¹ Os dados processuais colhidos foram sistematizados em uma tabela apresentada no Anexo B deste trabalho.

⁹² Processos em que houve aplicação de medida de segurança de internação em sentenças proferidas antes de 2005: 0003653-09.2000.8.01.0001, 0006097-39.2005.8.01.0001 e 0007813-82.1997.8.01.0001. Todos os processos são digitais e podem ser consultados através do site <<http://www.tjac.jus.br>>.

⁹³ Processos em que houve aplicação de medida de segurança de internação em sentenças proferidas depois de 2010: 0006531-52.2010.8.01.0001. O processo é digital e pode ser consultado através do site <<http://www.tjac.jus.br>>.

Quanto à determinação do prazo para cumprimento da medida de segurança, observou-se que, em nove casos, houve apenas a fixação do tempo mínimo de internação, e, em três casos, não houve fixação de qualquer prazo, embora, como já revelado, desde 2004 o STF já tivesse jurisprudência firmada sobre este tema. Salienta-se que apenas em dois casos é que houve a fixação do tempo mínimo e máximo para cumprimento da internação, tendo estas sentenças sido proferidas uma em 2010 e outra em 2011, com a determinação, respectiva, de 20 e 30 anos como o prazo máximo.

Com isso, verifica-se que o juiz que proferiu a decisão de mérito acabou tratando o portador de transtorno mental autor de injusto penal de maneira mais severa do que o apenado imputável, eis que, nestes casos, sempre há a fixação do tempo máximo para cumprimento da reprimenda.

Dentre as sentenças proferidas, vê-se que o magistrado sentenciante, em sua maioria, apenas aplicou a medida de segurança de internação sem indicar qual o local em que esta deveria ser cumprida. No entanto, em algumas sentenças o magistrado fazia expressa menção de que o cumprimento deveria se dá “no pavilhão destinado aos enfermos”, demonstrando, portanto, clareza sob as condições as quais o portador de transtorno mental era submetido. Em outros casos, foi determinando o cumprimento no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, hospital este que nunca existiu no Estado do Acre.

Em umas das decisões analisadas, no entanto, verificou-se que o magistrado sentenciante deixou de aplicar medida de segurança de internação, em um caso de tentativa de homicídio, aplicando-lhe a medida ambulatorial, sob a justificativa de inexistir local apropriado para oferecer tratamento adequado de internação⁹⁴.

⁹⁴ Trecho da decisão: “Quanto à medida de segurança, em atenção à realidade constante nos autos e à omissão Estatal, aplico-lhe Tratamento Ambulatorial. Justifico. Conforme dispõe o artigo 97 do Código Penal, poderá o juiz submeter o agente a tratamento ambulatorial tão-somente quando o delito for punido com detenção. Não obstante a letra legal, o caso em apreciação exige posição diversa. É de conhecimento unânime que o Estado do Acre não dispõe de Hospital de Custódia nem outro Instituto Sanatório capaz de oferecer tratamento adequado, sem olvidar que o HOSMAC não possui vaga para internação. Com a devida vênia, entendo que é lastimável tal situação. A criação do Hospital de Custódia pelo Estado representa uma questão jurídica, médica e de gestão administrativa, extremamente necessária para a recuperação das pessoas que necessitam de tratamento adequado. A ausência do estabelecimento impõe em reconhecer grave e injustificável omissão estatal. Convém estipular que a Constituição Federal discorre sobre os direitos individuais consagrados pelo Estado Democrático de Direito, conforme se verifica no art. 5º, LV, da Carta Magna, o que não é observado nos casos dos doentes mentais. (...) Não é dispendioso ressaltar que o Estado do Acre não possui Hospital de Custódia e Tratamento, o que obsta o cumprimento da medida em estabelecimento diverso, sobretudo em Penitenciária ou congênere, como infelizmente tem ocorrido neste Estado. Aliás, nessa toada vale trazer à colação posição doutrinária adotada pelos ilustres professores Eugenio Raúl Zaffaroni e José Henrique Pierangeli. (...) Destaco, ainda, não haver provas de ser o acusado pessoa perigosa, razão porque a medida é plenamente cabível.” (Processo n. 0001679-82.2010.8.01.0001). Acesso disponível em: <<http://www.tjac.jus.br>>.

Analisando os procedimentos junto à Vara de Execução Penal fica evidente a lentidão do tramitar do processo e, em todos os casos, a produção dos laudos de verificação da periculosidade, além de não ser feito em tempo razoável, eis que, muitas vezes, não havia profissional habilitado para confeccionar os laudos, estes nunca revelaram qualquer estado de melhoria dos pacientes, ressaltando, na verdade, que os pacientes não estavam recebendo tratamento e, por isso, não tinham sua periculosidade⁹⁵ cessada. Esta constatação demonstra que o atendimento dos portadores de transtornos mentais dentro de uma unidade prisional não oferece qualquer possibilidade de melhora em seu estado de saúde.

Verifica-se, ainda, algumas situações inusitadas como a submissão do paciente judiciário a procedimentos administrativos disciplinares dentro da unidade prisional por descumprimento de alguma ordem da unidade. Sem dúvida, esta situação causa surpresa porque, se o indivíduo foi considerado inimputável, incapaz de responder pelos seus atos, como atribuir ao mesmo alguma responsabilidade por causar distúrbio às regras do sistema carcerário? Com isso, evidencia-se que internados, dentro de uma unidade prisional, os pacientes judiciários são tratados, pelo sistema carcerário, tal quais presos comuns, de forma completamente assuntosa ao que determina a legislação.

O aprofundamento do estudo dos processos que resultaram na aplicação das medidas de segurança de internação demonstra que, de uma maneira geral, não estava presente qualquer elemento que configurasse violência excessiva por parte dos inimputáveis quando da prática do ato ilícito de maneira a diferenciar os fatos praticados por eles dos fatos praticados pelo indivíduo imputável. Apenas três, dos quatorze casos analisados, envolviam delito que causariam repúbia social excessiva eis que foram homicídios praticados contra o pai, mãe ou companheira.

Além disso, a análise dos autos remete à compreensão de que, em sua maioria, os pacientes judiciários não tinham qualquer conduta voltada para o crime o que realmente comprova que a análise de uma periculosidade probalística como fundamento da medida de segurança é um conceito que necessita ser revisitado.

⁹⁵ Trechos de exame psiquiátricos e cessação de periculosidade: “III – Conclusão: O periciando não está fazendo tratamento psiquiátrico regular, não tem consciência de seu estado mórbido, o que é indicador de não cessação da periculosidade.” (Proc. 0024551-28.2009.8.01.0001); “III- Conclusão: O periciando por não receber tratamento adequado, por não mostrar consciência de seu estado mórbido, e por evidenciar auto e heteroagressividade (refere ideia de auto-extermínio e seu comportamento banal de humor irritadiço), não tem indicação de reinserção na sociedade ainda que receba tratamento em nível ambulatorial. Assim sendo, seu tratamento deverá manter-se em regime de internação. (Proc. 0001146-60.2009.8.01.0001).

Durante o curso da pesquisa, constatou-se uma tentativa de se converter às medidas de segurança de internação em medida de segurança ambulatorial na fase de execução da medida. Esta alternativa foi fruto do trabalho conjunto na Vara de Execução Penal entre magistrado, promotor de justiça, defensor público, psicóloga, assistente social e psiquiatra. Como resultado deste esforço conjunto, no final do ano de 2011, o número de pessoas cumprindo internação dentro da unidade penitenciária foi reduzido para oito⁹⁶.

Este trabalho conjunto demonstrou que os portadores de transtornos mentais não têm qualquer índice concreto de probabilidade de retornar a delinquir que seja superior a possibilidade que uma pessoa que goze de plena faculdade mental venha a fazê-lo, uma vez que dos oito casos que tiveram sua internação transformada em prisão domiciliar com acompanhamento ambulatorial, apenas um deles retornou ao presídio pela prática de outro fato.

3.1.2 Contextualização do hospital de saúde mental do Acre (HOSMAC) e das unidades penitenciárias de Rio Branco-AC

O *Hospital de Saúde Mental do Acre* (HOSMAC) é a única unidade pública especializada em psiquiatria do Estado. Em 2006, foi remodelado e sofreu avanços no processo de humanização com a remoção das grades nas portas dos quartos e com a busca pelo contato mais próximo com os pacientes, aliando-se aos novos conceitos de terapia e tratamento, e se tornando “referência” em saúde mental na Região Norte.

Trata-se de unidade que presta atendimento ambulatorial, de internação e de urgência, de baixa e média complexidade. O Hospital é dirigido há 17 (dezessete) anos por um médico psiquiatra, Dr. José Paulino Rosas, e possui em seu quadro 70 (setenta) profissionais⁹⁷, sendo cinco médicos psiquiatras, dez médicos clínicos, dois psicólogos, dois assistentes sociais, vinte e três profissionais da área de enfermagem, um nutricionista, um dentista e um farmacêutico-bioquímico, dez enfermeiros, doze auxiliares de enfermagem, dois atendentes de enfermagem, um terapeuta ocupacional,

⁹⁶Processos relativos a pacientes judiciários que cumprem medida de internação dentro do Complexo Penitenciário em Dezembro de 2011: 0002996-52.2009.8.01.0001, 0000360-64.2010.8.01.0006, 0002044-33.2010.8.01.0003, 0006531-52.2010.8.01.0001, 0006097-39.2005.8.01.0001, 0001146-60.2009.8.01.0001, 0007813-82.1997.8.01.0001 e 0009851-76.2011.8.01.0001. Todos os processos são digitais e podem ser consultados através do site <<http://www.tjac.jus.br>>.

⁹⁷ Os dados relativos ao número de profissionais, número de leitos e número de atendimentos foi fornecido através da Gerente Administrativa do HOSMAC, Sr^a Maria Rosilene de Lima Pereira em data de 18/11/2011.

dois pedagogos, uma educadora física, uma professora, e uma assessora jurídica. O serviço de emergência funciona 24 horas ao dia, com um médico plantonista para prestar atendimentos aos pacientes internos e externos.

Como todo hospital, ele também é dividido em alas, sendo que a área de internação possui 65 (sessenta e cinco) leitos, dos quais doze são reservados a pacientes crônicos, sendo os leitos distribuídos em duas enfermarias para homens e mulheres. Dados fornecidos pela unidade hospitalar indicam que a média de pacientes internados/mês na unidade é de 74,7 pacientes, sendo que o tempo médio de internação é de 15 (quinze) dias.

Apesar da ausência de dados oficiais, a direção do Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC) afirma que o hospital atende diariamente de 100 a 200 pessoas, recebendo, além dos pacientes de Rio Branco, os das cidades do interior do Estado, os das cidades Porto Velho-RO, de Boca do Acre-AM e, inclusive, pacientes do Peru e da Bolívia, países oriundos da região de fronteira, sendo que em média são 138 novos casos por mês que procuram atendimento.

No que tange à estrutura física da unidade hospitalar, a partir da visita e da conversa com profissionais diversos que trabalham no local, constatou-se que, com a reforma realizada em 2006, a estrutura melhorou, mas ainda há muitos aspectos que merecem investimento, como a área ambulatorial do hospital, incluindo as instalações dos consultórios médicos, ambas muito precárias.

Na área da internação, verifica-se que, muito embora a unidade apresente-se com aspecto higiênico razoável, no momento da visita realizada, os banheiros exalavam mau cheiro e toda ala demandava uma pintura.

Com relação à estrutura profissional, muito se ressenete de uma melhor qualificação dos profissionais que lidam com esta questão, sendo este um anseio de todos.

Em 2008, foi realizado o 1º Seminário de Saúde Mental no Acre com o objetivo de propor uma nova atitude para o desenvolvimento de políticas públicas para a saúde mental no Estado, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, quais sejam a descentralização dos hospitais de saúde mental e a ampliação do serviço público para o setor, inclusive com distribuição de medicamentos em outras unidades de saúde. O seminário contou com a participação de diversos profissionais das áreas de medicina, psicologia, enfermagem, serviço social, familiares de pacientes e estudantes que juntos elaboraram um documento com 18 (dezoito) propostas sugerindo ações de prevenção,

promoção e assistência aos portadores de transtornos mentais do Acre que foi entregue à promotoria de saúde do Ministério Público Estadual (MPE).

A luta empreendida pelo movimento em prol da saúde mental no Estado do Acre ainda não obteve avanços significativos já que, enquanto em muitos outros Estados da federação a busca já é pela melhoria e ampliação das redes substitutivas, no Acre ainda se luta pela implementação desta rede substitutiva, com a criação dos centros de atenção psicossocial (CAPS), das residências terapêuticas e a reforma do hospital. Em Rio Branco existe apenas o CAPSad, voltado para o atendimento de dependentes de álcool e outras drogas, havendo, na cidade de Cruzeiro do Sul, interior do Estado, um CAPS.

No que tange ao apoio prestado ao portador de transtorno mental autor de injusto penal a situação ainda é mais precária. A direção do HOSMAC constata que a unidade não está preparada para atender pessoas que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não conseguem compreender o caráter ilícito do crime, isso porque não há profissionais habilitados em psiquiatria forense nem local apropriado para garantir o tratamento com segurança. Sendo assim, a unidade não recebe internos compulsórios de medida de segurança, fornecendo apenas o tratamento para aqueles casos de medida de segurança ambulatorial.

Em algumas ocasiões, alguns magistrados tentaram encaminhar pacientes de medida de segurança para internação no Hospital de Saúde Mental do Acre-HOSMAC, mas a direção, amparada no aspecto da indisponibilidade física do local, acabava por remeter o paciente de volta ao sistema penitenciário. Desta forma, as medidas de segurança de internação que são aplicadas vêm sendo cumpridas dentro do estabelecimento prisional.

Em julho de 2010, o Diretor do HOSMAC concedeu entrevista ao jornal A Gazeta do Acre em que defendeu a implantação de um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico para receber e tratar os indivíduos com transtornos mentais que cometem crimes e são submetidos à medida de segurança de internação. Afirmando, peremptoriamente que “O Hospital de Custódia não está proibido nem banido do sistema. Em Porto Alegre ele existe, também existe no Rio de Janeiro e na maioria das cidades brasileiras”. (AZEVEDO, 2010).

Em maio de 2011, o Ministério Público Federal, através da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, realizou uma visita técnica ao Hospital de Saúde Mental do Acre (HOSMAC), onde constatou pontos positivos e negativos na instituição.

Tendo ressaltado como positivo o fato do ambiente hospitalar ser bem higienizado e contar com profissionais cumprindo regularmente seu trabalho. No entanto, assinalou como aspectos negativos a falta de implementação de serviços extra-hospitalares, como as residências terapêuticas (Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT) e de centros de atenção psicossocial (CAPS), bem como do Programa de Volta para Casa, o que acaba demonstrando que não há investimentos suficientes na área de saúde mental no Estado do Acre.

As *unidades penitenciárias de Rio Branco* são regidas e administradas pelo Instituto de Administração Penitenciária do Acre (IAPEN). O referido instituto, criado em 2007 pela Lei Estadual n. 1.908/2007, tem boa estrutura administrativa e lida com a administração do Complexo Penitenciário do Estado do Acre, que é composto por treze estabelecimentos prisionais distribuídos nas cidades de Rio Branco, Sena Madureira, Tarauacá, Feijó e Cruzeiro do Sul.

O Complexo Penitenciário da Capital é composto por oito unidades, todas localizadas em Rio Branco, sendo elas: unidade de recolhimento provisório (URP/RB), unidade de regime fechado nº 1 (URF-01/RB), unidade de regime fechado nº 2 (URF-02/RB), unidade de regime semiaberto nº 1 (URS-01/RB), unidade de regime semiaberto nº 2 (URS-02/RB), unidade de regime fechado nº 3 (URF-03/RB) unidade de regime fechado feminina (URFF/RB), unidade de regime semiaberto feminina (URSF/RB). Ressalta-se que estas unidades prisionais estão localizadas distribuídas nos prédios comumente denominados Unidades de Recuperação Social Francisco de Oliveira Conde e Antônio Amaro, este último reservado aos presos de alta complexidade.

A pesquisa teve base no Complexo Peniteciário da Capital, em especial na Unidade de Recuperação Social Francisco de Oliveira Conde (URS-FOC), posto que os casos objeto do estudo encartado estavam inseridos nesta unidade prisional.

De modo geral a situação das unidades prisionais no Estado do Acre não é boa. A unidade Francisco de Oliveira Conde⁹⁸ é a mais antiga e foi inaugurada há 27 anos. E, muito embora já tenha passado por reformas e ampliação, não acompanhou a evolução tecnológica, como em outros locais do país, o que acaba contribuindo para o aumento da criminalidade dentro da própria unidade. Informações colhidas junto ao Instituto

⁹⁸ Desde 2007, busca-se utilizar a nomenclatura geral *Complexo Penitenciário da Capital*, uma vez que familiares do falecido Sr. Francisco de Oliveira Conde reclamaram do fato de ter sido colocado o nome deste para denominar um dos presídios do Estado. No entanto, em que pesem os esforços, a unidade continua a ser conhecida como penitenciária Francisco de Oliveira Conde.

Penitenciário do Acre (IAPEN) revelam que existem, tão somente, três linhas telefônicas para atender todo o complexo, o qual envolve três prédios.

No período de junho a julho de 2010, foi realizado, pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), um mutirão carcerário no Estado do Acre⁹⁹, que constatou a precariedade da estrutura física e de pessoal do complexo, com celas escuras, mal ventiladas e sujas, e com atendimento médico insuficiente. No relatório produzido afirmou-se que não se respeitavam as regras de separação dos presos por idade, situação de primariedade e reincidência ou provisoriedade e condenação.

De acordo com avaliação feita pelo Conselho Nacional de Justiça-CNJ, o Complexo Penitenciário da Capital possuía, em 2010, oficialmente, apenas 677 vagas, e abrigava 2.180 reclusos (média de 3,22 presos por vaga). Dados de setembro de 2011, fornecidos pelo Instituto de Administração Penitenciária¹⁰⁰, por sua vez, apontam que houve um decréscimo da média de *deficit* de vagas para 2,34 presos por vaga, eis que o número de vagas disponibilizadas no complexo subiu para 1.271 e o número de presos era de 2.975.

Dentre este número de presos, 1.516 estavam em regime fechado (dos quais 170 são mulheres que convivem no mesmo complexo, separadas apenas em pavilhões específicos), 537 em regime semiaberto (destes, existem 251 em regime semiaberto com autorização para trabalho externo) e 922 são presos provisórios.

Além disso, em 2010, havia, como já dito anteriormente, dezessete pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação que eram colocadas juntas com os presos comuns, sem qualquer constrangimento ou tratamento diferenciado, cumprindo salientar que, naquela época, sequer havia médico psiquiatra a disposição do sistema prisional¹⁰¹. Em decorrência de um valoroso trabalho realizado pela Vara de Execuções Penais da Comarca de Rio Branco, ao longo do ano de 2010, muitos dos pacientes de medida de segurança foram colocados em prisão domiciliar e, atualmente, de acordo com dados de dezembro de 2011, existem apenas oito pessoas em cumprimento de medida de segurança de internação dentro do sistema prisional.

⁹⁹ O Mutirão Carcerário do Conselho Nacional de Justiça é um programa desenvolvido pelo Conselho Nacional de Justiça com o objetivo de diagnosticar a situação carcerária nos diversos estados brasileiros. No Acre o Mutirão foi realizado no período de junho a julho de 2010 e deste trabalho foi produzido um relatório final cujos dados podem ser acessados pela internet em: <<http://www.cnj.jus.br/images/programas/mutirao-carcerario/relatorios/acre.pdf>>.

¹⁰⁰ Os dados relativos ao número de vagas e números de presos no Complexo Penitenciário foi fornecido através da Coordenação de Execução Penal do IAPEN, a Sr^a Amábile em novembro de 2011.

¹⁰¹ Este dado encontra-se disponibilizado através do site do departamento penitenciário nacional, sendo que este documento consta na lista de documentos anexos a esta pesquisa.

Em novembro de 2011, o centro médico do complexo penitenciário de Rio Branco estava funcionando com equipe formada por dezenove pessoas para atender uma população carcerária de cerca de três mil presos, tudo de acordo com informação colhida com a gerente de reintegração social e saúde do instituto de administração penitenciária.

A equipe de saúde do Complexo Penitenciário da Capital é formada por um assistente social, seis técnicos de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, um fisioterapeuta, dois dentistas, um nutricionista, uma enfermeira, um auxiliar de serviço social, um administrador, um auxiliar de consultório, dois médicos clínicos geral e um médico psiquiatra, não havendo nenhum psicólogo, embora cada unidade prisional, particularmente, possua um psicólogo.

Este centro médico funciona dentro do complexo penitenciário, mas em espaço físico precário e com número reduzido de profissionais para atender à imensa população carcerária, acarretando acompanhamento médico terapêutico não efetivo, baseado em tratamento reduzido tão somente ao tipo medicamentoso.

A medicalização, caso peculiar do complexo penitenciário, além de precário, alcança níveis de elevada gravidade ante a incerteza de que o medicamento prescrito chegue diretamente ao paciente preso, uma vez que este medicamento, na prática, não é ministrado pelos enfermeiros do centro médico, mas sim distribuído ao diretor de cada unidade prisional que encaminha ao agente penitenciário que, por sua vez, entrega ao faxineiro e este último é quem, em tese, faz a aplicação do medicamento no paciente preso. Certo é que, ao término desta longa “cruzada”, não há qualquer comprovação se o medicamento prescrito realmente foi ingerido pelo paciente, conforme relatos tanto do médico psiquiatra que trabalha no complexo penitenciário como da gerente de saúde do instituto de administração penitenciária. Eis uma das falas coletadas:

Quando você consegue o remédio na rede [...] este remédio é separado lá no postinho médico e é mandado num envelopinho para a cela, este envelopinho cai na mão do agente que por sua vez entrega para o faxineiro que é quem distribui. Quais são as falhas? Primeiro, no meio deste caminho se for um diazepam eu posso tomar e não entregar para ninguém, ele pode está com insônia e achar que pode tomar e daí o medicamento não chega lá. Pode porque não estamos vendo. Outro caso, chega lá e entrega na mão do preso que guarda para tomar depois, o da manhã e o da tarde. Vamos supor que ele não tome, e o que aconteceu? Virou material de troca, eu troco por droga, troco por qualquer outra coisa. Agora eu vou fazer pior, vou tomar todos aqueles que estou recebendo, vou guardar e vou tomar de uma vez

para me matar ou pior ainda vou matar meu desafeto. Vou fazer um todinho para matar meu desafeto. Agora isso que estou dizendo, eu já escrevi, uma queixa que já esta na secretaria de segurança porque não é por ai, não é possível você dar um medicamento para uma pessoa que você não sabe o que vai acontecer com este medicamento. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 1*).

Das visitas realizadas ao Hospital de Saúde Mental do Acre, ao Instituto de Administração Penitenciária e ao Complexo Penitenciário da Capital, percebe-se que não há nenhum tratamento especializado voltado ao portador de transtorno mental que se encontra cumprindo medida de segurança dentro da unidade prisional, sendo estes tratados tão somente como presos comuns¹⁰². Muito ao contrário do que dispõe a legislação, o que se verifica é que o tratamento desses indivíduos é agravado uma vez que, dentro de celas comuns, junto a outros presos, são facilmente molestados e, carentes de qualquer tratamento, chegam a ter seu estado de saúde piorado.

Não há como esperar a recuperação ou, ao menos, a melhoria do estado mental de uma pessoa que, já possuindo uma fragilidade psicológica detectada previamente, seja diuturnamente exposta a condições de risco extremo em ambiente depressivo, ansioso e violento, como é o ambiente carcerário.

A partir dessa constatação, abre-se margem à discussão se o fato de não existir o HCTP no Estado do Acre representa evolução que caminhe *pari passu* ao movimento da luta antimanicomial ou se, ao contrário, esta inexistência não gera mais agravamentos da situação do portador de transtorno mental autor de ilícito.

Surgem os questionamentos sobre onde haveria maior violação da dignidade do portador de transtorno mental: em seu tratamento de internação junto a hospitais psiquiátricos, ou com depósito seu no sistema carcerário comum? E nesse panorama, cabe refletir sobre a melhor maneira de assegurar a proteção do binômio vida e segurança pública da sociedade em geral *versus* proteção do próprio portador de transtorno mental esquizofrênico ou psicopata autor de ilícito.

¹⁰² É interessante notar que no próprio discurso dos diversos atores entrevistados na pesquisa verifica-se que os portadores de transtornos mentais não chegam a ser referidos como “pacientes”, mas sim como “presos”, demonstrando que, de fato, como o tratamento que lhes é fornecido nada se assemelha a um atendimento de cura da sua saúde mental; os profissionais, sejam médicos, juízes, promotores, defensores públicos e profissionais técnicos não os consideram pacientes, mas tão somente presos.

3.2. DIREITOS HUMANOS, TRANSTORNO MENTAL E DELITOS

Sem dúvida, a resposta aos questionamentos feitos anteriormente se inicia pela mesma linha das respostas dadas à questão da proteção dos direitos humanos, em que se pergunta: quem é o sujeito dos direitos humanos? A uma primeira vista, a resposta óbvia seria: o homem. Mas o cerne da discussão se encontra em saber que *homem* é este e qual a razão dele ser tecnicamente portador de direitos. Será que a concepção doutrinária universalista que engloba, sob um caráter abstrato, a totalidade dos homens, é suficiente para a proteção do *louco* criminoso? Haveria alguma justificativa para um tratamento diferenciado no que tange à proteção das pessoas que respondem a processo criminal?

O confronto da teoria tradicional dos direitos humanos (visão abstrata) com a teoria crítica (visão localista), faz surgir a necessidade de conceber construções práticas que efetivamente alcancem o exercício da dignidade da pessoa humana – de todos os humanos¹⁰³, com o consequente abandono do discurso meramente metafísico da ideia de direitos humanos fortalecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos na busca da construção de uma realidade em que os direitos humanos possam ser colocados em prática.

No que tange à proteção do portador de transtorno mental autor de ilícito, verifica-se, para além do discurso abstrato, que esta é resultado de um processo de construção histórico-social, que, pelo que se verifica, até hoje não alcançou seu desenvolvimento máximo.

O portador de transtorno mental autor de injusto penal é, sem margem a qualquer discussão contrária, cidadão como qualquer outro, “[...] o que ocorre é que são em distintos graus e em distintas esferas”¹⁰⁴, (ALÁEZ CORRAL, 2006, p. 219), uma vez que, embora não participe do direito ao sufrágio, participam dos diversos outros âmbitos sociais e políticos, e assim, a ele deve ser assegurado os mesmos direitos do indivíduo criminoso comum. De modo objetivo, como alerta Aláez Corral (2006, p. 220) “[...] um Estado social e democrático de direito não pode está lastreado nem por desigualdades pessoais injustificadas, nem por sua redução ao âmbito político com exclusão de outros

¹⁰³ Utiliza-se aqui o conceito de pluralidade de Hannah Arendt (1983) para esclarecer que esta dignidade a que falamos é aquela de todos os seres humanos, indistintamente, porque apesar das diferenças e singularidades os homens são todos os mesmos e, por isso, detentores de igual dignidade.

¹⁰⁴ Tradução nossa: “lo que sucede es que lo son en distinto grado y en distintas esferas”.

como o econômico ou o social nos quais o indivíduo também desenvolve a sua personalidade”¹⁰⁵.

A despeito disso, a análise do discurso das entrevistas coletadas no curso deste trabalho demonstra claramente a dificuldade na busca da ponderação entre os princípios jurídicos e a situação prática apresentada. Para além de qualquer questionamento quanto ao direito à dignidade e ao tratamento digno, humano e não degradante, o questionamento que se apresenta por diversas vezes recai sobre a segurança da sociedade, que se encontra, teoricamente, sob “risco” se uma pessoa periculosa é colocada em liberdade.

Na verdade, por mais que se afirme que o portador de transtorno mental autor de injusto penal seja um cidadão titular de dignidade humana e, por isso, merece tratamento dentro deste princípio, vê-se que, quando é apresentada a situação limite referente ao cumprimento de medida de segurança em meio aberto pelo portador de transtorno penal, inúmeros são os discursos reticentes que deixam de lado a observância ao princípio estudado.

De modo objetivo, pode-se dizer que, na perspectiva em que “[...] em um Estado Democrático o instituto jurídico da cidadania se encontra intimamente relacionada com a titularidade e exercício dos direitos fundamentais”¹⁰⁶, (ALÁEZ CORRAL, 2206, p.224), e, por consequência, a cidadania pressupõe a concretização dos direitos e a observância dos deveres, a maneira como a medida de segurança é aplicada ao louco infrator leva inversamente à negação dos direitos ao indivíduo, pondo-se em causa a cidadania plena e, como consequência disto, a dignidade humana, herdada da concepção kantiana é colocada em risco.

Tudo isso ocorre porque a segregação, exclusão e isolamento das classes subalternizadas reforçam a crença de que com estas classes estariam as doenças, os perigos, as ameaças, e, por fim, a violência. Nesta linha, o mito da criminalização da loucura construído ao longo da história do desenvolvimento das sociedades no sentido de que o portador de transtorno mental, por ser diferente, é perigoso¹⁰⁷, está tão arraigado na sociedade que se passa a temer a reincidência criminal do portador de

¹⁰⁵ Tradução nossa: “[...] un Estado social e democrático de derecho, no puede estar lastrada ni por desigualdades personales injustificadas, ni por su reducción al ámbito político con exclusión de otros como el económico o el social en los que el individuo también desarrolla su personalidad”.

¹⁰⁶ Tradução nossa: “[...] en un Estado democrático el instituto jurídico de la ciudadanía se encuentra íntimamente relacionado con la titularidad y ejercicio de los derechos fundamentales”.

¹⁰⁷ Remete-se aqui a construção feita por Coimbra (2011) no livro “*O mito das classes perigosas*”.

transtorno mental, esquecendo-se de que a maior repetição de condutas desviantes é feita pelas pessoas ditas sãs.

A questão do louco infrator, embora de enorme relevância, ainda é discutida de forma relativamente tímida na sociedade. Políticos, comunidade acadêmica, mídia, opinião pública, trabalhadores da saúde mental, de modo geral, tratam o tema do transtorno mental de forma genérica e superficial, não havendo uma rede de articulação expressiva que garanta a visibilidade social necessária da questão deste grupo de vulnerabilidade social, qual seja, o louco infrator.

Apenas para ilustrar, constatou-se durante a pesquisa, em diálogo mantido com o vice-presidente da Associação dos Pacientes e Amigos da Saúde Mental no Acre (APASAMA), que não há qualquer atividade desta entidade voltada à atenção do louco infrator, sendo que ela sequer tinha conhecimento de que havia pessoas portadoras de transtornos mentais cumprindo medida de segurança de internação dentro do Complexo Penitenciário do Estado do Acre. Isso é apenas um dado que revela o quão delicado é a situação enfrentada.

3.2.1 As várias faces do discurso jurídico e os conceitos de loucura e de dignidade

As questões formuladas em torno do roteiro estabelecido foram bastante flexíveis e após a realização de entrevistas com 6 juízes da área criminal da Comarca de Rio Branco-AC, 3 promotores de justiça e 3 defensores públicos algumas conclusões podem ser facilmente alcançadas¹⁰⁸ quanto ao delineamento do discurso jurídico.

Ficou demonstrado que não há pré-estabelecido, no sistema penitenciário da cidade de Rio Branco, um local suficientemente capaz de abrigar o portador de transtorno mental autor de injusto penal e proporcionar-lhe o tratamento que prevê a legislação; e, nesse particular, de um modo geral, para todos os entrevistados, há um consenso na ideia de que a inexistência de local adequado ao tratamento atenta contra os princípios universais de proibição de penas desumanas e degradantes e viola o direito à dignidade do indivíduo portador de transtorno mental.

Não obstante a convergência de entendimento nesse sentido, o discurso apresenta algumas significativas divergências. Se, por um lado, as entrevistas com os membros do Ministério Público deixam transparecer, a partir da manutenção do

¹⁰⁸ A transcrição integral das entrevistas realizadas encontram-se nos Anexos E, F, G e H.

discurso da periculosidade social, uma preocupação maior com a situação subjetiva do segurança da sociedade em geral, o discurso da Defensoria Pública orienta-se no sentido de extinguir a visão meramente criminal da questão privilegiando o aspecto do tratamento da saúde da pessoa do doente.

Dos três membros do *Ministério Público*, identificados como Promotor 1, Promotor 2 e Promotor 3, que trabalham diretamente com a questão da execução penal e com a promotoria especializada de direitos humanos, percebe-se que, por mais que reconheçam a grave situação dos portadores de transtornos mentais submetidos à medida de segurança de internação, e afirmem que esta situação viola o princípio da dignidade da pessoa humana¹⁰⁹, dois deles destacam o óbice de que não há outro lugar de internação na cidade, como dificuldade de aplicar alternativas ao cumprimento deste instituto penal em Rio Branco que não sejam dentro do complexo penitenciário. É o que se percebe com as falas abaixo:

[...] nunca se construiu aqui o famoso e exigido por lei HCTP. Houve uma vez que um colega quis levar o cumprimento da lei ao pé da letra e tomou todas as providências, inclusive com a anuência do juiz, para transferir e remover todos estes presos para o HOSMAC. Mas não durou 10 dias, porque o HOSMAC não tem estrutura, não tem grades e estas pessoas tem um presunção de periculosidade, ou até periculosidade comprovada, pois já cometeram crimes. E não deu 15 dias e os próprios funcionários lá pediram a remoção. [...] Eu acho que deve ter este hospital devidamente equipado com profissionais especializados para aqueles casos mais graves. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 1*).

É preciso, uma concepção minha ainda que inicial, que tenha sim um período de afastamento. [...] É essencial, é fundamental que haja isso (*referindo-se ao HCTP*) porque nós ainda estamos muito longe disso. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 2*).

Não obstante, a promotora que participou do processo de conversão da medida de internação para a medida ambulatorial efetivada no ano de 2010, fruto da ação conjunta na Vara de Execução Penal, foi a única que revelou acreditar efetivamente na

¹⁰⁹ Trechos: “Apesar de muitas pessoas estarem usando o princípio da dignidade da pessoa humana como uma carta coringa para tudo, eu vejo que neste ponto é realmente um ferimento ao princípio da dignidade da pessoa humana tendo em vista que ele acaba sendo tratado como um bicho na realidade. O Estado esquece deles, eles não obtêm o tratamento para que possam se recuperar totalmente”. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 2*). “Na verdade eles além de ficar em local inadequado, porque o presídio não tem condições de recebê-los lá, eles também não recebem tratamento médico, que é o pior. [...] ali não há respeito a dignidade humana da pessoa submetida a medida de segurança”. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 3*).

realização de tratamento diferente no Estado em razão do reduzido números de casos, afirmando explicitamente que:

Eu pelo menos cheguei à conclusão que o melhor lugar seria que ele permanecesse com os familiares e ser submetido a tratamento ambulatorial porque o presídio esta super lotado e não tem condições, eles são alvo realmente de violação. Se aqueles que já estão no presídio já sofrem naturalmente, eles sofrem ainda mais. [...] Eu já achei em outros tempos que seria (*referindo-se a necessidade do HCTP*), hoje eu já não vejo assim mais. Hoje eu acredito que pelo menos a se permanecer dessa forma assim que não é um quantitativo tão grande, que haveria possibilidade sim de mantê-lo em meio aberto para esse tratamento ambulatorial. (Fala extraída da entrevista do Promotor 3).

Ademais, os dados coletados demonstram, ainda, que os Promotores 1 e 2, acreditavam que existia uma ala, dentro da unidade prisional, separada, especificamente, para acolher os internos de medida de segurança, “Hoje eles cumprem dentro do próprio presídio em uma ala que existe para eles” (Promotor 2), ou que os internos ficavam na enfermaria, “Lá no presídio eles ficavam abrigados na enfermaria, pelo menos aqueles casos mais agudos ficavam mais próximos aos enfermeiros e médicos” (Promotor 1), demonstrando, com isso, desconhecimento da realidade do encarceramento efetivado.

Nenhum dos membros do Ministério Público conhece os programas alternativos desenvolvidos em outros Estados brasileiros e, de maneira geral, todos entendem que a compatibilização da legislação de saúde mental e a legislação penal será alcançada na medida em que for dado fiel cumprimento a lei de execução penal com a construção do HCTP como local realmente adequado ao tratamento do portador de transtorno mental autor de injusto penal.

Um dos promotores entrevistados fez severas críticas ao laudo pericial produzido para subsidiar a decisão judicial de cessação de periculosidade, deixando claro que o documento chegou a ser descartado na tomada de decisões processuais, uma vez que, além da demora para sua produção, o mesmo não auxiliava na formação de convicção. É o que se verifica do discurso adiante:

[...] o que me chocou mais é ver que anualmente elas eram submetidas à perícia médica e que a perícia retornava para a gente e parecia que era sempre uma cópia do ano anterior. Eles nunca estavam prontos para ser colocados em tratamento ambulatorial. Não sei se porque realmente eles não eram submetidos à perícia de verdade como deveria ser, não sei se porque eles não estavam recebendo

medicamento então por isso eles sempre naquela situação de transtorno mesmo. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 3*).

De maneira conclusiva, percebe-se que a visão do Ministério Público, conquanto reconheça que a situação vivenciada na cidade de Rio Branco viole o princípio da dignidade da pessoa, não consegue se desvencilhar da ideia da construção de um espaço de internação, ao menos em um momento inicial, imediatamente após a prática do delito, para tratamento do portador de transtorno mental.

Houve a afirmação da necessidade peremptória de uma mudança efetiva da espécie de tratamento aplicado no sentido de cuidar da saúde do paciente judiciário. E, mesmo acreditando na necessidade de internação, ao menos no momento inicial, logo após a prática do injusto penal, foi unânime o registro da necessidade de que esta internação ocorra em ambiente apropriado para este tratamento. Com o reconhecimento, inclusive, que esta questão deveria passar a fazer parte do acompanhamento da rede do sistema único de saúde. À guisa de exemplo, segue alguns fragmentos das entrevistas:

Na realidade nós entendemos que eles deveriam ser acompanhados pela rede SUS, isso deveria ser uma reformulação da política pública da saúde mental no Brasil [...]o modo que eu vejo é realmente o SUS atender esta pessoa de forma digna, porque eles ficarem internado, eles jamais receberão tratamento e não poderão ser reinseridos de forma digna. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 2*).

Mas eu acho que um hospital de custódia, mas que teria toda uma arquitetura voltada para isso, todo um tratamento, com estágios de liberação possível, uma coisa sei lá ecológica. [...] tem que fazer isso com uma arquitetura mais leve para não ter a conotação de prisão, de muro, de grades, até porque isto alivia a alma deles. (Fala extraída da entrevista do *Promotor 1*).

Através da promotoria especializada de defesa da saúde, o Ministério Público instaurou, em 2010, um inquérito civil para verificar a situação da saúde mental no Estado do Acre como um todo, iniciando diálogo com a secretaria estadual e municipal de saúde, com o diretor do HOSMAC, com os representantes da associação dos portadores de transtorno mental, na tentativa de analisar e elaborar um cronograma para estabelecer um melhor tratamento da saúde mental no Estado do Acre.

Entretanto, percebe-se que este é um trabalho muito incipiente e, dada a amplitude que pretende, abrigando todos os tipos de questões de saúde mental - como os menores adolescentes em conflito com a lei, os maiores que cometem fato ilícito e ainda

aquelas outras pessoas que tenham problemas psiquiátricos/psicológicos, mas que não tenham participado de qualquer forma de ilícito -, ele está longe de produzir uma solução para a situação de violação que os portadores de transtorno mental autores de injusto penal estão sofrendo.

Passando a observar o outro ponto de visão, tem-se que relatos colhidos dos três membros da *Defensoria Pública*, identificados como Defensor 1, Defensor 2 e Defensor 3, revelam que, ao contrário dos promotores de justiça, inicialmente, todos os defensores tinham conhecimento que as medidas de segurança de internação são cumpridas dentro da unidade prisional junto com outros presos, sem qualquer separação, o que inclusive serviu de justificativa a um deles para utilização da nomenclatura “preso” para se referir aos pacientes judiciários “ [...] por isso uso o termo a-técnico [sic] de preso”. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 2*).

De modo enfático, todos os entrevistados afirmaram que a situação de internação dentro da unidade penitenciária viola o princípio da dignidade da pessoa humana¹¹⁰. Outro ponto de contato entre o discurso dos promotores de justiça e dos defensores públicos é o fato de que estes últimos, tais quais os primeiros, também demonstraram desconhecer formas contra-hegemônicas de tratamento ao portador de transtorno mental infrator praticadas em outros Estados. Não sabendo da existência dos modelos paradigmáticos de Minas Gerais e Goiás.

Extraí-se, da fala dos defensores públicos entrevistados, que a defesa, por sua natureza, procura voltar o olhar para o aspecto social da questão, focado na busca pela saúde do portador de transtorno mental, revelando, de modo geral, acreditar no tratamento em meio aberto, tal qual preconizado na legislação de saúde mental.

Contudo, a maioria dos entrevistados mostrou-se cauteloso no sentido de que este tratamento extramuros fosse feito com acompanhamento responsável da área médica. Demonstrando, ainda uma preocupação quanto à imprescindibilidade da participação da família do doente mental neste processo. À guisa de exemplo, seguem alguns trechos das falas:

¹¹⁰ [...] os direitos dos portadores de transtornos mentais que cometem crime tem sua dignidade violada aqui duplamente, primeiro não há uma estrutura do Estado para fornecer os laudos que realmente afirmam a capacidade destas pessoas, e uma vez condenadas ou absolvidas recebendo a medida de segurança ficam no sistema de penitenciário, sendo contaminada, prejudicando a sua própria saúde e contaminando, porque a doença mental é também contagiosa. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 1*).

Eu sou favorável ao tratamento em meio aberto desde que, em primeiro lugar, como a própria lei de execução penal diz seja feita uma avaliação técnica daquela pessoa, que tipo de crime ele praticou, no caso crime não porque ele seria absolvido, mas que tipo de injusto como foi colocado, os fatos que levaram aquilo? (Fala extraída da entrevista do *Defensor 2*).

Eu penso que é possível, mas desde que tenha um acompanhamento, que a coisa não fique solta, aí tem que ver e analisar a família, o ambiente em que ele está inserido, para que ele possa ter, digamos assim, uma certa fiscalização. Se ele puder se manter nos padrões. Não fazer uso de drogas, não beber bebida alcoólica e tal, eu penso que existe total possibilidade, aliás é uma forma de realmente ele vir a ser inserido. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 3*).

A análise das respostas apresentadas quanto ao questionamento acerca das alternativas para aplicação da medida de segurança em Rio Branco, demonstra grande diversidade de pensamento entre os defensores públicos entrevistados.

Um dos entrevistados culpou a falta de diálogo interinstitucional entre Ministério Público, Judiciário e Defensoria Pública, afirmando que cada um fica na sua posição, com a visão particular, e às vezes equivocada, chegando a relatar que falta compreensão dos magistrados inclusive no sentido de retirar a pessoa da situação de prisão e manter a pessoa em tratamento ambulatorial assim que venha a ser suscitado o exame de insanidade mental, afirmando que “[...] os juízes em regra resistem quando se suscita um incidente de insanidade mental, isso porque eles ficam muito preocupados apenas com o fato, eles nunca querem saber o que está se passando com o homem.” (Fala extraída da entrevista do *Defensor 1*).

Houve uma queixa pertinente acerca do fato do magistrado culpar a defesa como causadora da demora no processo quando é instaurado laudo de sanidade mental por ela requerido, muito embora a doença mental seja de notificação compulsória e, assim, matéria de interesse público. Esta atitude corriqueira do magistrado acaba inibindo o pedido da defesa neste sentido, sugerindo que “[...] a primeira coisa que teria que haver aqui no Estado do Acre era que o Tribunal preparasse ou contratasse psiquiatras e psicólogos com habilidade técnica para fazer estes laudos”. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 1*).

O entrevistado *Defensor 3*, apesar de ter se mostrado favorável ao tratamento alternativo preconizado pela legislação psiquiátrica, não conseguiu vislumbrar qualquer mecanismo concreto para ser utilizado em Rio Branco, chegando a assinalar a

necessidade de construção de um hospital, fazendo coro ao discurso ministerial, como se vê no trecho a seguir:

Eu penso que teria que ter um local adequado, a criação de um estabelecimento adequado, eu penso no hospital, numa figura neste sentido para aqueles casos em que a família não viesse a ter as condições de acompanhar de ter aquela pessoa sobre a sua responsabilidade para que um outro problema não venha a acontecer. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 3*).

Isto comprova que, muitas vezes, embora o discurso teórico produzido seja no sentido da proteção total do paciente, no momento de colocar em prática este aparato protetivo, há uma visão reticente, como se a fala proativa não devesse ser colocada realmente em prática.

O *Defensor 2*, por sua vez, relatou o trabalho realizado pela VEP como um mecanismo exitoso no intuito de buscar solução alternativa para os casos de muitos pacientes internos por medida de segurança dentro do Complexo Penitenciário da Capital, mas reconhece que esta saída só é possível dada a peculiar situação do reduzido número de pessoas submetidas à medida de segurança de internação em Rio Branco, explicando que:

Desde o ano de 2010 nós lá da vara de execuções penais fazemos uma espécie de colegiado juiz, promotor, defensor, médico psiquiatra, assistentes sociais, psicólogos, chamamos o inimputável para uma audiência de preferência com a família e vamos observando qual é o grau de comprometimento de periculosidade dele [...] Eu digo que é até uma prática exitosa [...] nós podemos fazer isso porque é um Estado pequeno e temos uma quantidade de inimputáveis pequena. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 2*).

Os defensores entrevistados, de uma maneira geral, revelam que há disparidade entre a legislação de saúde mental e a legislação penal, no entanto, entendem que o problema pode ser solucionado através da conscientização do profissional que aplica a medida de segurança e pelo uso de recursos interpretativos hermenêuticos para suprir as lacunas jurídicas, uma vez que, sendo a lei de saúde mental posterior, ela serve de novo parâmetro para a lei criminal. É o que afirma peremptoriamente os entrevistados:

A legislação penal precisava ser reformada, o código de processo penal precisava ser reformado neste particular, mas eu acho que se os juízes estivessem atualizados sobre a questão de saúde mental acho

que eles poderiam analisar e fazer a interpretação do CP à luz da nova legislação de saúde mental. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 1*).

Estas lacunas legislativas podem ser solucionadas pelo operador do direito sem uma reforma administrativa com a fonte de direito que é a jurisprudência, então ela acaba suprimindo esta lacuna da legislação. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 2*).

Ressalta-se, ainda, o reconhecimento unânime da insuficiência dos laudos periciais produzidos, isto é, tanto o exame da verificação da sanidade mental, como o da cessação de periculosidade apresentam problemas, conforme relatado pelos três entrevistados:

[...] muitas vezes, o resultado do exame não condiz com a realidade da vítima, muitas vezes a pessoa afirma que tem problemas, mas o exame de insanidade não leva a este resultado, embora se reconheça que ela tem problema mental, mas não o suficiente para não estar totalmente incapacitada ou semi-incapacitada para aquele fato. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 3*).

[...] acredito que muitos casos deixam de ser considerados inimputáveis numa sentença porque não há recursos técnicos para que o juiz veja se naquele momento aquela pessoa é inimputável ou não. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 2*).

[...] os laudos são muito fracos. Aqui há apenas dois profissionais que fazem estes laudos e mesmo assim, não considero como laudos. Hoje, por exemplo, um dos casos em que eu suscitei a assessora do juiz veio me trazer o laudo, e você precisava ver que não dizia nada, ela terminou admitindo que poderia ser uma semi-imputabilidade, mas isto não estava dito no laudo. Nem tava dizendo que ele era imputável, nem semi-imputável, terminava realmente o juiz decidindo sem se valer do laudo, porque o laudo era de uma precariedade muito grande. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 1*).

Da entrevista realizada, pode-se concluir também que os defensores públicos curiosamente levantam, como um dos fatores do reduzido número de pessoas cumprindo medida de segurança na cidade de Rio Branco, a deficiência do laudo e a falta de estrutura para aplicação e cumprimento desta medida. Eis que se reconheceu que a defesa muitas vezes deixa de suscitar o exame, porque reconhece que as condições oferecidas ao portador de transtorno mental são piores do que aquelas do preso comum. E o magistrado, em alguns casos, como relatou um dos defensores ouvidos, acaba preferindo aplicar a medida ambulatorial. É o que se observa com a leitura das entrevistas:

Eu, por exemplo, já me deparei com alguns casos e, em sendo defensor, não me sinto a vontade de suscitar o incidente de insanidade porque se ele for declarado inimputável ele vai estar numa situação muito pior do que o imputável. Então a gente vai está condenando esta pessoa a ficar numa situação muito pior. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 2*).

O próprio juiz eu acho que quando vai analisar o mérito acaba observando que não existe em Rio Branco um local de tratamento adequado eu penso que ele já tem uma tendência a manter a pessoa no seio familiar. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 3*).

Por fim, para completar a análise do discurso jurídico sobre a situação do louco infrator na cidade de Rio Branco, é primordial observar o papel que a magistratura imprime.

De acordo com a coleta de dados extraídos das entrevistas com os *Juízes Criminais* (aqui identificados como Juiz 1, Juiz 2, Juiz 3, Juiz 4, Juiz 5 e Juiz 6), pode-se avaliar que a importância deles na atenção aos loucos infratores é fundamental. Afinal, dada a precariedade e incongruências encontradas na legislação, cabe tão somente aos magistrados, em última instância, após a oitiva da defesa e do Ministério Público, determinar a aplicação da medida de segurança da forma mais equânime com a situação social e a realidade das políticas públicas disponíveis.

É responsabilidade do Juiz decidir se o louco infrator deve ou não ficar tutelado pela estrutura estatal, tendo em vista sua periculosidade. No entanto, percebe-se que os magistrados se ressentem da precariedade de informação técnica para conhecer da insanidade do agente que se apresenta no caso concreto, afinal, o juiz não é obrigado conhecer matérias de outro campo do conhecimento humano, fora o jurídico, necessitando de auxílio técnico para observação adequada da realidade apresentada.

Neste contexto, o magistrado que delinea sua intervenção tão somente em dispositivos jurídicos, edificados em um modelo cartesiano, alheio ao contexto social e técnico da questão, acaba por contribuir para a violação de direitos fundamentais, com a prolação de sentenças que signifiquem a condenação perpétua do indivíduo louco, baseado apenas em uma regra geral de periculosidade social.

No caso em análise, todos os juízes entrevistados tinham conhecimento que os portadores de transtornos mentais autores de injusto penal cumprem medida de segurança de internação dentro da penitenciária, sem tratamento médico adequado, e concluíram que esta situação viola o princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que, como um deles afirmou “[...] pelo que a gente está vendo medida de segurança

nunca vai sair curado de lá, a tendência é piorar e não melhorar. A forma que vem sendo tratada atenta contra a dignidade da pessoa humana sem sombra de dúvidas”. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 6*).

Alguns magistrados, demonstrando contrariedade expressa a esta espécie de tratamento, afirmam, inclusive, que deixam de aplicar a medida de internação em Rio Branco porque compreendem que ela causa um dano muito maior a saúde do paciente judiciário e, assim, optam por aplicar a medida ambulatorial ainda que o caso processual demandasse medida de internação. Como se percebe nos trechos abaixo coletados:

Eu prefiro, diante de um caso deste, conversar com os familiares e aplicar o tratamento ambulatorial, mesmo que seja um crime grave, porque entre os males o menor. Digamos que a conduta seja perigosa, então você vai ter dois valores, a questão da periculosidade do elemento e a segurança da sociedade, ou seja, a tutela da sociedade. Eu acho que nestes casos, se o Estado não tem condição, eu não assumiria com a responsabilidade de colocar a pessoa no presídio, quando o Estado não tem condição, acho que é muita responsabilidade por parte do juiz. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 4*).

Então eu pelo menos tenho optado que, muito embora a lei diga que tenha que ficar internado, eu não tenho condições, o HOSMAC não aceita que a gente interne eles lá e que fiquem como que cumprindo pena lá. Então eu aplico a medida ambulatorial. [...] Com a reforma psiquiátrica ela me influenciou neste sentido (Fala extraída da entrevista do *Juiz 5*).

Pelo que eu tenho ouvido grande parte destas situações, pelo menos nos casos que chegou [*sic*] para eu decidir quando estava substituindo a juíza de execuções, eu sempre tenho tentado trabalhar no âmbito familiar. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 1*).

Outros juízes, entretanto, afirmam que, dada a necessidade de decidir sob o amparo legal, por não existir outro local, não havia outra solução a ser aplicada, no Estado do Acre, senão o encarceramento na penitenciária, como revela o entrevistado:

Hoje não havendo qualquer alternativa, colocar a pessoa na enfermaria do presídio é uma solução que se é aplicada, não se nega, mas também ela não pode morrer por si só. [...] Deveríamos com certeza ter um local próprio para isso, com estrutura própria. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 3*).

Dos seis magistrados entrevistados, dois deles (*Juiz 1* e *Juiz 2*) acreditam que o portador de transtorno mental autor de injusto penal pode ser tratado em meio aberto; outros três deles (*Juiz 3*, *Juiz 5* e *Juiz 6*), entendem que o tratamento em meio aberto só

funciona se houver fiscalização presente para verificar se está havendo o tratamento ambulatorial necessário e revelam que a presença da família é essencial; e um dos magistrados ouvidos afirma que, embora seja difícil acreditar que o tratamento em meio aberto seja suficiente, ainda é melhor fazer uso desta alternativa do que internar no presídio que é um local completamente inapropriado.

Na descrição de soluções alternativas para serem usadas em Rio Branco, a magistrada da execução penal relatou a experiência exitosa de entregar os pacientes internos diretamente à família. Ainda, foram apresentadas algumas alternativas concretas, por parte dos juízes, para chamar atenção ao problema, como a necessidade de mobilização institucional e o envio de ofícios para o Executivo solicitando providências¹¹¹.

Essas ideias no sentido de reconhecer que a solução desta demanda pressupõe uma discussão interdisciplinar conjunta dos diversos seguimentos da sociedade, impulsionando isso através do envio de documentos formais às autoridades públicas competentes são aspectos que precisam ser fortalecidos e colocados em prática.

Além disso, foi apontada a possibilidade de construir um local com ambiente específico de tratamento, tal como feito para a situação dos menores infratores e, ainda, manter um trabalho permanente de conscientização com a família do doente, para preparar esta família para cuidar do seu doente, como situações que precisam ser colocadas em prática, pois como afirma um dos magistrados “[...] é preciso firmeza da família com um responsável que vai cuidar do comparecimento no HOSMAC, administrar o remédio, e qualquer problema procurar a gente”. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 6*).

Um aspecto que merece destaque foi o fato de um magistrado ter revelado conhecer a existência de programas alternativos para tratamento da questão, referindo-se ao programa utilizado no Estado de Minas Gerais, muito embora não soubesse esclarecer como ele funciona.

De maneira unânime, os magistrados entrevistados revelam que a legislação penal esta defasada neste aspecto do tratamento do portador de transtorno mental autor

¹¹¹ Esta reflexão empreendida por um dos magistrados no sentido de começar a enviar ofício ao Poder Executivo com cópia das sentenças proferidas que resultam na medida de segurança, é, reconhecidamente, fruto de ideia que nasceu durante a entrevista “Confesso que não fiz isso em nenhum processo e isso é uma reflexão que a gente faz nesta conversa. Seria o caso de você começar a impulsionar o Estado a fazer uma estrutura.” (Fala extraída da entrevista do *Juiz 3*) - o que já pode ser apontado como resposta positiva ao trabalho de pesquisa que foi feito, eis que um dos objetivos era imprimir a necessidade de reflexão e busca de alternativas.

de injusto penal¹¹² e que necessita de uma revisão para proporcionar ao juiz mais subsídios para decidir.

Em suma, analisando o conteúdo dos discursos dos magistrados, percebe-se que os juízes criminais mais antigos (isto é, juízes com mais tempo de atuação na área criminal) já vêm, por si só, deixando de aplicar a medida de segurança de internação – mesmo quando a lei expressamente determina a sua aplicação – e vêm passando a determinar, tão somente, o tratamento ambulatorial junto ao Hospital de Saúde Mental do Acre, por entender que, se o Estado não fornece as condições necessárias para o tratamento, dano, ainda maior ao doente é trancafiá-lo na penitenciária comum. Este posicionamento justifica o número reduzido de processos de execução de medida de segurança de internação, conforme já assinalado.

Observa-se, como ponto de questionamento e preocupação comum nos discursos dos magistrados, promotores de justiça e defensores públicos, e mesmo dos médicos psiquiatras (como se explorará adiante), a defasagem do laudo pericial que atesta a sanidade mental do acusado. Como ressaltado nas falas colhidas abaixo:

[...] o que me chocou mais é ver que anualmente elas eram submetidos a perícia médica e que a perícia retornava para a gente e parecia que era sempre uma cópia do ano anterior, eles nunca estavam prontos para ser colocados em tratamento ambulatorial (Fala extraída da entrevista do *Promotor 3*).

Na realidade não há laudos, o que são apresentados como laudos, não são laudos, não tem discussão, na realidade eles se limitam a dar respostas monossilábicas aos quesitos SIM ou NÃO, na realidade não há nenhuma discussão. (Fala extraída da entrevista do *Defensor 1*).

A perícia vai buscar apenas se na época do fato a pessoa tinha consciência ou não do que estava praticando, se tinha domínio ou não, aqueles quesitos que via de regra são jargões, e talvez a perícia poderia ser mais complexa se tivesse uma abordagem social. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 2*).

Já tive contato com os laudos e acho que ele é muito evasivo, são muitas indagações que o magistrado, o defensor, o advogado e o ministério público poderiam fazer, os quesitos do código são secos e o profissional de lá tem outros afazeres [...], e em vez de aprofundar o questionário para nos ajudar eles preenchem de uma forma simples demais e não diz muita coisa. (Fala extraída da entrevista do *Juiz 5*).

¹¹² “Eu acho que a legislação penal tem que se adequar as mudanças da sociedade. Então se este tipo de tratamento teve uma evolução com o tempo e se constatou que o método utilizado anteriormente não era eficiente eu acho que a legislação tem que se adequar aos novos tempos.” (Fala extraída da entrevista do *Juiz 2*).

Aquelas perguntas do tipo se ao tempo do fato... é um absurdo, é coisa de 1940, para mim isso é... quando eu fazia as perícias, porque eu já fiz isso muito na vida por ser o único psiquiatra da cidade, Votuporanga, Parnaíba, e eu respondia “item imprestável”, “impossível precisar”. A legislação tinha que mudar porque ela é caótica. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 1*).

Na verdade, ante a ineficiência da legislação, os magistrados acabam utilizando paralelismos legislativos para justificar a não aplicação da internação, tal qual o caso de observar a mudança empreendida na lei de drogas, e também no caráter, cada vez maior, da excepcionalidade da decretação da prisão preventiva. Tudo isso leva ao entendimento de que a internação deve ser medida evidentemente excepcional.

Cumprindo ressaltar que o Juiz 1 apresentou como ideia sugestiva a possibilidade de realização de uma triagem preliminar da saúde mental da pessoa sempre que for efetuada a prisão de um cidadão, ainda que não tenha havido a denúncia, nos seguintes termos:

[...] a meu ver você não faz hoje para ser encaminhado ao presídio um laudo de exame físico preliminar para constatar a situação que ele está, porque não pode fazer mentalmente? Na órbita mental da pessoa, uma análise preambular de qual a situação mental daquele preso que chegou ali naquele momento? Então é uma nova concepção. É uma forma de triagem inicial para que quando chegue àquela informação inaugural ao juiz ele já aplique algum encaminhamento momentâneo sobre aquela situação que chega para ele. (Fala extraída do entrevistado *Juiz 1*).

Após a proposição desta ideia por parte do magistrado, este questionamento se tornou ponto de reflexão e passou a ser feito a quase todos os entrevistados. Estes, em sua maioria, sejam médicos, defensores, promotores e juízes, entenderam que seria um mecanismo interessante para subsidiar a produção futura dos laudos de insanidade mental, eis que, por meio dessa alternativa, se produziria um registro do estado mental da pessoa ainda no calor dos acontecimentos, e, de acordo com o resultado da avaliação médica, este poderia ser utilizado para evitar que o portador de transtorno mental fique em sistema de prisão provisória, eis que já em um primeiro momento seria identificado que não se trata de réu comum, mas sim de pessoa portadora de transtorno mental.

Entretanto, foram apontados alguns óbices à efetivação deste exame mental prévio, entre os quais a falta de pessoal habilitado em número suficiente para executar o trabalho e o custo que isso representaria para o Estado¹¹³.

Sem dúvida, este olhar mais progressista ou garantista que se verificou em quase todos os juízes entrevistados está em consonância com a atividade magistral de interpretar a lei, pois o ordenamento jurídico, enquanto sistema indispensável para a organização da sociedade, encontra no juiz o papel de intérprete da lei, mesmo porque não existe norma jurídica senão norma jurídica interpretada.

É preciso deixar claro, no entanto, que todas as classes de entrevistados, isto é, promotores de justiça, defensores públicos e magistrados, em sua maioria reclamam por um ambiente próprio para o cumprimento da medida de segurança, apontando a saída da entrega do paciente à família como uma espécie de arremedo que estão sendo compelidos a fazer, na cidade de Rio Branco, na tentativa de reduzir os danos à saúde do interno, mas esta entrega à família é carente de qualquer acompanhamento alternativo, o que demonstra a sua precariedade.

Tem-se a clareza, após a análise do conteúdo das entrevistas com os membros das instituições jurídicas, que a maneira como o portador de transtorno mental vem sendo tratado no âmbito do direito penal brasileiro, e em especial na cidade de Rio Branco, não promove qualquer caráter ressocializador.

3.2.2 O discurso médico quanto à medida de segurança

Os entendimentos médicos colhidos através das entrevistas realizadas deixam transparecer certa divergência de entendimento entre a visão da psicologia e da psiquiatria sobre o movimento da reforma psiquiátrica e o consequente entendimento do tratamento em meio aberto do paciente judiciário.

Ambos os *psiquiatras* entrevistados¹¹⁴, identificados como Psiquiatra 1 e Psiquiatra 2, demonstram saber que os portadores de transtornos mentais autores de

¹¹³ Opinião favorável e contra dos magistrados sobre a realização do exame preliminar de sanidade: “Não acho que toda pessoa que for presa deveria ser submetida a exame prévio de sanidade mental, isso é desnecessário porque são pouquíssimos os casos. Então do universo de presos todo mundo fazer geraria uma dificuldade maior para o Estado.” (Fala extraída da entrevista do Juiz 2). “Então seria interessante e isso não seria interferir na ciência médica, seria, neste momento, já você ter abordagem clínica e também a psicológica, social. Se tivesse isso talvez não seria nem caso de preventiva ou de temporária, mas um outro instituto criado para atender estas pessoas presas provisoriamente.” (Fala extraída da entrevista do Juiz 3).

injusto estão sendo internados dentro do presídio sem receber tratamento adequado e reconhecem que isto viola a dignidade da pessoa humana, revelando nítida preocupação com o tratamento do louco infrator.

Não obstante, entendem que o tratamento em meio aberto preconizado pela reforma possui um discurso ideológico uma vez que existe alguns casos que exige que os pacientes judiciários passem, necessariamente, por uma etapa preliminar de internação em hospital especializado, e, por esta razão, lamentam a inexistência no Estado do Acre de um hospital de custódia.

Os médicos conhecem as alternativas que estão sendo utilizadas na Vara de Execuções Penais (VEP), mas demonstram que o simples fato de entregar a família não é suficiente e ainda revelam que a legislação penal é caótica e que é necessário avançar na compatibilização desta com a saúde mental.

Na verdade, um dos entrevistados apresentou como alternativa a ser implementada como possibilidade de solução de forma imediata, a estruturação de uma área dentro do próprio complexo penitenciário, afirmando que:

Minha sugestão seria transformar uma parte de IAPEN em um hospital de custódia, eu sei hoje que vem vindo aí um pavilhão feminino com moldes modulados, pelo que eu entendi, para fazer o presídio feminino. E eu espero que o presídio feminino não seja derrubado e lá poderia ser reformado, a própria unidade de saúde onde estamos hoje poderia ser ampliada e aí vai depender. Mas eu vejo esta necessidade. [...] Eu acho que simplesmente entregar a família é lavar as mãos para o problema. Existem casos ali viáveis, mas eu acho que o estudo precisaria ser um pouco mais pormenorizado, porque tem mães que falam assim ‘não eu fico com ele’, mas você sente que tem uma pressão dele. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 1*).

As ideias apresentadas pelos psiquiatras entrevistados, no entanto, por mais que apenas um deles revelasse conhecer os programas contra-hegemônicos existentes (o desconhecimento desses programas, como se percebe, foi quase unânime entre os entrevistados de modo geral), apontam para solução semelhante quanto à necessidade de formação de uma rede de acompanhamento efetivo e eficaz ao portador de transtorno mental, com a única diferença de frisarem que todo o tratamento do indivíduo

¹¹⁴ Infelizmente, embora o número de psiquiatras do Estado seja reduzido (apenas cinco profissionais), não foi possível manter diálogo com todos eles, sendo que foram escolhidos o Diretor do Hospital Psiquiátrico do Acre (este por ser o mais antigo psiquiatra do Estado) e o médico psiquiatra que atua no Complexo Penitenciário da Capital. Foram inúmeras as tentativas para contactar com um dos psiquiatras que trabalha no Instituto Médico Legal, entretanto, as tentativas não lograram êxito devido a constantes recusas.

submetido à medida de segurança deve iniciar em estabelecimento de internação, com procedimentos que mesclam o medicamentoso e a terapêutica ocupacional.

Na verdade, o discurso dos psiquiatras entrevistados segue a mesma linha desenvolvida e apresentada pela Associação de Psiquiatria nas suas Diretrizes em Saúde Mental, em que se ressalta a necessidade da construção de uma rede, rede esta que não exclui o hospital psiquiátrico. Foi ressaltada a necessidade de que, no espaço para lidar com o paciente judiciário, não existisse agente penitenciário, mas enfermeiros treinados para lidar com o paciente. Os psiquiatras entrevistados apresentaram seus modelos ideais de tratamento, conforme detalhamento a seguir:

Você chegou à conclusão que o indivíduo é inimputável, que precisa de tratamento não de cadeia, então hospital de custódia. Passou um tempo X, quem vai fazer um relatório sobre a condição daquele paciente, sobre o controle medicamentoso daquele paciente é o médico assistente do paciente. Este vai fazer um relatório pormenorizado para o IML, ou para quem de direito, o psiquiatra forense decide se deve ser colocado em sociedade ou não, continuando o monitoramento que é feito pelo hospital. Ou seja, o paciente é visto todo dia, passa a ser visto uma vez por semana, passa a ser visto em 15, depois 30, aí até que você tenha uma liberdade para que ele só venha aqui pegar o remedinho dele e fazer as atividades dele dentro deste hospital de custódia, mas não mais interno. Aí chega o tempo que ele vai para a casa dele. Então este hospital de custódia do meu sonho teria um ambulatoriozinho onde continua ali o tratamento.[...] Este hospital sonho teria terapia ocupacional durante praticamente o dia todo, educadores físicos, nutricionistas. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 1*).

[...] eu vejo a necessidade já de muito tempo de se construir, se organizar um hospital de custódia e tratamento de uma maneira bem organizada, moderna, com uma equipe bem preparada, como existe em outros Estados da Federação. Só assim o doente mental infrator vai ter um tratamento humanizado e vai poder se recuperar e voltar depois de transformar a medida de segurança de internação em medida de segurança ambulatorial. [...] Eu vejo o que juízes fazem. O paciente melhorou, esta sendo medicado, a transformação da medida de segurança de internação em medida de segurança de ambulatório, isto é fazer com que o paciente frequente o ambulatório do HOSMAC a cada 30 ou a cada 60 dias. Fora isso não vejo outra alternativa, a não ser a construção do hospital de custódia e tratamento. (Fala extraída do *Psiquiatra 2*).

Os profissionais da medicina psiquiátrica são cétricos¹¹⁵ sobre a questão de “curar” a doença mental, ressaltando a gravidade da situação do psicótico e, por isso,

¹¹⁵ “Eu acho que o indivíduo que assina um papel deste (referindo-se ao laudo de cessação de periculosidade) passa a ser coautor de tudo que aquele indivíduo fizer. Assim como o juiz que assina o

encontram dificuldades em emitir laudos que atestem a cessação da periculosidade do sujeito portador de transtorno mental autor de injusto penal, como demonstra as falas extraídas abaixo e os laudos insertos nos processos judiciais analisados:

Eu dei muito laudo assim para juiz que queria brigar comigo sobre cessação de periculosidade da seguinte forma: indivíduo deixa de ser perigoso desde que não faça uso de substância tóxica. E o juiz perguntava: “Eu posso por na rua ou não?” Não sei, o senhor vai garantir que ele não beba mais então ponha, se não, não ponha, é o que eu acho. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 1*).

De certo modo, os médicos criticam a legislação de reforma psiquiátrica por esta determinar *ideologicamente* o fim dos manicômios judiciários, mas não ter apresentado alternativas eficazes. Classificam que, houve, apenas, uma mudança do modelo hospitalocêntrico, para o atendimento capscêntrico ineficaz, vez que nenhuma rede de atendimento preconizada foi montada aqui em Rio Branco. Eis os trechos que subsidiam esta afirmação:

Infelizmente a lei da reforma psiquiátrica não trouxe benefícios. [...] A lei 10.216 veio para melhorar direitos humanos, para melhorar a vida do cidadão com doenças mentais, veio para fechar hospitais, diminuir o número de leitos, e isso é um absurdo, porque tem indivíduos que não podem ficar sem ser internados, tem que mudar o sistema. O que eles estão fazendo? Eles mudaram uma lei para fechar hospital e começaram a abrir CAPS que são centros de atenção psicossocial, então deixou de ser um hospitalocêntrica e passou a ser capscêntrica [...] A coisa funcionaria da seguinte forma: você tem um hospital psiquiátrico, vem aqui, este hospital psiquiátrico não deveria ter pacientes moradores mais, porque aqui não é asilo, os hospitais psiquiátricos que têm pacientes moradores porque não tem quem cuide, por não ter família, porque o doente é da família, o doente não é do Estado, quem teria que cuidar é a família com toda a estrutura que o Estado daria para a família, mas não, a família quer é empurrar, ficar longe. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra1*).

Eu acho que tem um lado ideológico da luta antimanicomial e tem um lado técnico. O lado técnico fala a favor e foi muito respeitado na lei 10.216 dizendo que o paciente deve ter o melhor local de tratamento possível e deixou bem claro a necessidade da formação de uma rede. A lei não disse que tem que fechar hospital psiquiátrico, nada disso. O hospital é uma necessidade, tem que continuar existindo. No momento a gente precisa de uma formação de uma rede de atendimento, hospital, CAPS, ambulatório de saúde mental, leitos em hospital, se

indulto deveria ser responsável pelas atitudes do indivíduo que sai. Porque é muito fácil assinar um papel sem ter conhecimento realmente do que está acontecendo porque não vive mesmo com a pessoa. Eu sou meio radical neste ponto.” (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra1*).

construir esta rede o paciente vai ter condição de ser tratado da melhor maneira possível nos diversos momentos e situações que ele possa estar vivendo. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 2*).

Na visão dos médicos psiquiatras, portanto, a saúde mental é muito esquecida e o problema instalado na cidade de Rio Branco e no Estado do Acre tende a piorar porque ninguém se propõe a enxergá-lo e buscar uma solução concreta, preocupando-se, exclusivamente, com a redução de leitos e com a retirada a pessoa da penitenciária sem criar qualquer rede de atendimento que funcione e preste auxílio à família e ao doente de maneira efetiva. Esta crítica é pertinente e segue a linha dos resultados de vários estudos que demonstram que “no Brasil, embora seja objetivo da atual política de saúde mental a desinternação e o tratamento por meio de serviços comunitários, o que se tem observado é que tais serviços não estão sendo implantados, e os hospitais estão sucateados”. (VILLAR, 2007, p.70).

Reconhece-se que em alguns Estados houve um entendimento maior entre a psiquiatria, a saúde mental e a parte da justiça, mas este modelo em que há uma interação e a criação de outras alternativas, não foi alcançado no Estado do Acre. À guisa de exemplo, extrai-se fragmentos das entrevistas:

A saúde mental ela é muito esquecida. A saúde mental está muito ruim e vai ficar péssima porque ninguém enxerga a saúde mental. A associação brasileira de psiquiatria bate, bate, bate, mas não consegue mudar absolutamente nada. Você veja este hospital aqui, já foi horrível, hoje ele está melhorado, mas ainda deixa muito a desejar, e é o único do Acre, Rondônia não tem. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 1*).

Não houve, ao longo do tempo, uma organização de uma rede de atendimento. Os centros e postos de saúde, as unidades de saúde da família, não assumiram o tratamento em psiquiatria. Houve tratamento, houve investimento, mas não teve um resultado positivo. (Fala extraída da entrevista do *Psiquiatra 2*).

Ressalta-se, por fim, que ficou constatado que a condição da saúde mental no Estado é tão precária, ante a falta de profissionais competentes (sequer existe psiquiatra forense) e a falta de incentivos financeiros de trabalho, que, provavelmente, ainda que se construísse um hospital de custódia ou uma ala específica dentro do complexo penitenciário, não haveria pessoal para trabalhar nele. Não haveria psiquiatra, farmacêutico, enfermeiro, entre outros profissionais, disposto a se deslocar para este tipo de trabalho. Esta afirmativa é comprovada, por exemplo, com a própria dificuldade

que o centro médico do complexo prisional tem de ter um médico trabalhando diretamente na unidade.

Da análise do conteúdo das entrevistas coletadas, percebe-se que, ao tempo que este trabalho buscou responder às questões previamente formuladas, novos problemas foram apresentando-se, e abriu-se caminho para que outros aspectos da pesquisa venham ser discutidos em um próximo trabalho, como, por exemplo, delinear propostas de mudança legislativa que alcancem uma proteção efetiva e integral dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Afinal, passa a se questionar, por exemplo, se o mero reconhecimento, através de exame de sanidade mental, de que o indivíduo é portador de transtorno mental é suficiente para aplicar-lhe a medida de segurança? Não seria possível analisar os motivos que o levaram a praticar o delito? Eis uma inquietação que surge.

3.3 RECONHECENDO A CIDADANIA E A DIGNIDADE DO LOUCO INFRATOR

O percurso histórico apresentado nos primeiro e segundo capítulos foi importante para esclarecer que os comportamentos desviantes que aparentemente fogem daquilo que era socialmente instituído foram interpretados de maneira diversa ao longo da história. Se no princípio, como assinalou Foucault (2009) os loucos não eram internados sistematicamente, mas, sim, eram considerados portadores de um saber inacessível às pessoas comuns e compartilhavam do espaço social, não havendo a necessidade de privá-los da vida em comunidade, este fato não se tornou a regra da história.

A regra instalada até hoje, conforme se comprovou na pesquisa realizada e descrita nas seções 1 e 2 deste capítulo, é a da forte presença da exclusão e da segregação social, com o aprisionamento do louco em hospitais psiquiátricos e presídios, a retirada de seus direitos de cidadania e dignidade. Sem dúvida, o problema social aqui apresentado possui raízes profundas, fruto de toda uma construção histórica deturpada que se arraigou profundamente na sociedade no sentido de que a pessoa louca é fortemente apresentada, pela mídia, como um perigo para todos.

É urgente a necessidade de mudança de ótica acerca desta questão, reunindo esforços conjuntos para se colocar em prática alguns caminhos exitosos que foram percorridos ao longo dos anos em locais diversos e, assim, proporcionar um tratamento digno ao portador de transtorno mental autor de injusto penal.

Neste sentido, na tentativa de se mudar o destino dos loucos infratores e romper com a história de exclusão da loucura, foram elaborados alguns programas de ressocialização com destaque para o PAI-PJ de Minas Gerais¹¹⁶, o PAI-LI¹¹⁷ de Goiás, sendo que o primeiro destes foi o pioneiro e serviu de base para a implantação do segundo, e, por isso mesmo, será utilizado como paradigma contra-hegemônico no decorrer desta seção final.

As boas práticas encontradas apontam que a solução não deve passar exclusivamente pelo direito penal, como é feito em Rio Branco, mas demanda um diálogo multilateral, interdisciplinar e democrático, em busca da construção de uma cidadania que se ajuste ao peculiar modo de existir das pessoas portadoras de transtornos mentais, tanto no que diz respeito aos direitos que lhe caberão, quanto aos deveres que assumirão, dentro dos limites da sua individualidade e da sua inserção social específica.

Os programas desenvolvidos nos Estados de Minas Gerais e de Goiás, como se verá adiante, concluem que o caminho que leva à verdadeira inserção social passa pela responsabilização pelo crime cometido, com a convocação do sujeito a construir suas razões, assumindo seu caráter de cidadão pleno em direitos e deveres.

No que tange especificamente à situação do “louco infrator”, Matos (2006, p. 168) de maneira corajosa, e sujeita a questionamentos, apresenta, como proposta, o fato de que “[...] todos os cidadãos devem ser considerados imputáveis, para fins de julgamento penal, com todas as garantias a ele inerentes”¹¹⁸. Apresentando, portanto, um caminho estritamente diverso daquele estabelecido pelo Código Penal, no artigo 26, afirma que 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”.

Entende-se que, desta forma, o louco infrator, sendo imputável, além de ter resguardado o seu direito constitucional de igualdade, como expressa o *caput* do art. 5º da Constituição Federal, não seria afastado do direito garantido pela alínea “b”, inciso

¹¹⁶ PAI-PJ: Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator.

¹¹⁷ PAI-LI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator.

¹¹⁸ Virgílio de Mattos publicou a obra *Trem de Doido*, iniciando a tarefa de desconstrução da doutrina penal da periculosidade e da inadmissibilidade da recepção constitucional da “medida de segurança”. Sua tese de doutorado apresentada na Università degli Studi di Lecce (Itália) foi publicada no Brasil (*Sem Saída – Entre periculosidade e risco: prolegômenos para a desconstrução das medidas de segurança*) e é o resultado de todo um longo processo de atuação concreta contra a exclusão do portador de transtorno mental autor de injusto penal.

XLVII, do mesmo artigo, que proíbe pena de caráter perpétuo, pois, como visto anteriormente, a medida de segurança torna-se, em muitos casos, clausura eterna por não ter a garantia do prazo máximo de cumprimento. A crítica empreendida pelo autor sobre a medida de segurança é que este instituto promove uma dupla exclusão, uma vez que, na falácia de incluir, através de um tratamento diferenciado, acaba excluindo e estigmatizando o indivíduo ainda mais.

O pesquisador segue afirmando que “[...] em um primeiro momento, deve ser assegurado o direito à autonomia e à responsabilidade do imputado, sendo inaceitável a afirmação de que um transtorno mental, mesmo grave, faça com que o imputado não possa responder pelos próprios atos”. (MATOS, 2006, p. 167).

Este também é o entendimento conclusivo de Barros-Brisset, após 10 anos de trabalho junto ao Programa de Assistência Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) de Minas Gerais:

A possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania que aponta para a responsabilidade e para a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos. Responder pelo seu crime é um modo de inclusão, pois insere o sujeito dentro do “guarda-chuva” da lei, que abriga a todos sob o seu manto. Muitas discussões devem e podem ser feitas para mudar algumas das descabidas orientações normativas, como a soberania da pena de privação da liberdade como a rainha das respostas punitivas do Estado brasileiro - uma condição totalmente desumana e ineficaz no sentido da inserção social, herdeira da lógica do direito penal. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 31).

A punição acaba sendo importante no sentido de recuperar a pessoa como sujeito, restaurando a sua capacidade de ser responsabilizada e de ser culpabilizada. A construção dessa responsabilização, por sua vez, exige não só uma boa dose de pluralismo e de abertura a outros saberes, mas acima de tudo um profundo questionamento dos conceitos jurídicos de responsabilidade civil e penal, e de um repensar de estruturas arcaicas, como a medida de segurança, incoerentes com o ordenamento atual, mas aplicadas por inércia política e jurídica.

Não se pode defender, entretanto, que a revisão dessa concepção antiquada de direito penal, remanescente do instituto da medida de segurança, implique irresponsabilização total do sujeito portador de transtornos mentais. Ao contrário, urge construir um sistema de responsabilização que leve em conta o modo peculiar de ser, de

agir e de pensar desses cidadãos, e que vise, realmente, à sua reintegração, quando ele agir de uma forma que venha a prejudicá-lo ou a prejudicar injustamente a um terceiro.

A devolução da voz e da cidadania ao sujeito com transtornos mentais passaria, assim, pelo reconhecimento de sua autonomia e responsabilidade como resultado “[...] de um processo de conquista a ser incessantemente praticada e refletida na sociedade” (DIAS, 2001, p. 21). Reconhecer que o portador de transtorno mental é um sujeito autônomo e capaz implica conceder-lhe o direito a participação responsável na vida política, social e cultural, e é isso que as alternativas apresentadas a seguir procuram alcançar.

3.3.1 Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ)

O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) foi implantado em 2000 e, conforme dispõe a Portaria Conjunta nº 25/2001, do TJMG, o programa é o resultado de uma parceria entre o Tribunal de Justiça de Minas Gerais e o Centro Universitário Newton Paiva.

O surgimento do programa é decorrência do trabalho de pesquisa iniciado, no segundo semestre de 1999, pelos estagiários do curso de Psicologia do Centro Universitário Newton Paiva, sob a supervisão da professora Fernanda Otoni de Barros-Brisset, que tinha como objetivo final localizar os processos criminais nos quais o autor do ato infracional foi considerado louco¹¹⁹.

Durante a pesquisa, os alunos frequentaram o Hospital de Custódia e Tratamento Jorge Vaz (Manicômio de Barbacena) e a conclusão da visita foi de que os loucos que ali estavam depositados estavam entregues desumanamente à própria sorte, eis que não lhes era proporcionado tratamento digno e efetivo.

Essa constatação fez surgir a necessidade de se criar alternativas que rompessem com as práticas realizadas naquela instituição e, assim, foi apresentado, no ano de 2000, um projeto-piloto à Presidência do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, nomeado de Projeto de Atenção Interdisciplinar ao Paciente Judiciário, que tinha a intenção de promover o acompanhamento dos loucos infratores, considerando a singularidade de cada caso com a busca de efetivar a mediação entre o processo jurídico

¹¹⁹ Para melhor compreensão do ambiente que fomentou a pesquisa empreendida, ver a obra *Por uma política de atenção integral ao louco infrator* (2010) de Barros-Brisset.

e o tratamento na rede pública de saúde, numa tentativa de promover a integração das duas áreas: justiça e saúde mental.

O projeto-piloto logo foi transformado em programa¹²⁰ e sua implantação atravessou uma interface conjunta de vários campos de saber, tais como psicanálise, direito e serviço social, todos com o intuito de auxiliar o louco em busca de uma medida singular e possível.

Firmou-se parceria entre o Tribunal de Justiça de Minas Gerais e a Rede do Sistema Único de Saúde do Município de Belo Horizonte, o que possibilitou, nos moldes da reforma psiquiátrica já instalada, a colocação do portador de transtorno mental infrator para ser atendido regularmente pela rede municipal de saúde, sem qualquer restrição, antes e depois da sentença que determina o cumprimento da medida de segurança.

O objetivo do programa é assistir os infratores com suspeita de insanidade mental ou que já estejam cumprindo medidas de segurança. O trabalho é realizado, assim, por equipe multidisciplinar formada por profissionais da área de psicologia, assistência social e direito e conta com a parceria das redes de saúde pública estadual e municipal.

A "intervenção" do PAI-PJ junto aos pacientes infratores é determinada por juízes das varas criminais, que, auxiliados por equipe multidisciplinar do programa, podem definir qual a melhor medida judicial a ser aplicada, com a intenção de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social. Há uma interface entre o poder judiciário e as ciências humanas, constituindo um modelo de intervenção afetado pelos diversos campos de saber, um programa no campo da justiça, que se diferencia das práticas tradicionalmente utilizadas para com os loucos infratores. A equipe auxilia os juízes a definir que medida deve ser adotada para cada caso e, ainda, acompanha os pacientes visando a sua inserção social. Salienta-se que, familiares, estabelecimentos prisionais ou outras instituições que tratam da saúde mental, também podem encaminhar os casos diretamente para o programa.

Realiza-se uma avaliação clínica, jurídica e social da pessoa e, então, o juiz autoriza o acompanhamento do caso. Passa-se ao tratamento terapêutico e social do

¹²⁰ Em dezembro de 2001, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por iniciativa pioneira do Desembargador Gudesteu Biber Sampaio, Presidente do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e o Desembargador Murilo José Pereira, Corregedor-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais, a experiência-piloto foi transformada em um programa - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, através da portaria conjunta nº 25/2001 do Tribunal de Justiça de Minas Gerais.

paciente junto a rede pública de saúde, sendo ainda disponibilizado acompanhantes de rua para auxiliar aqueles pacientes que perderam os laços familiares e encontram dificuldade em lidar com as tarefas diárias, tudo isso na tentativa de ampliar a reconstrução dos laços sociais e a possibilidade de circulação deles dentro da sociedade. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 28-29).

Desde sua implantação, conforme dados coletados junto ao site do programa¹²¹ e também no livro de Barros-Brisset (2010, p. 34-35), nos primeiros dez anos de funcionamento, o programa acompanhou cerca de 1.500 processos criminais, com o acolhimento de 799 cidadãos que receberam o tratamento necessário ao sofrimento mental acometido, dos quais 553 casos já foram desligados, restando apenas 246 sob acompanhamento, sendo que, destes, 210 encontram-se em liberdade, “realizando tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares ou em residências terapêuticas do Município”. O programa afastou a hipótese de internação, fazendo nascer uma possibilidade de atenção, escuta e cuidado destinado ao paciente judiciário.

Carneiro (2010) ao avaliar os dez anos do programa, destacou que a reincidência dos atendidos pelo PAI-PJ é menor que 2% e, ainda assim, em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio, ressaltando-se que, no caso de condenados que não apresentam sofrimento mental e cumprem pena comum, a reincidência chega a 85%¹²².

A atuação do programa representa avanço para as conquistas da efetivação dos direitos do portador de transtorno mental autor de injusto penal e os dados colhidos junto a ele demonstram que a revisão da prática penal segregativa do doente é medida de necessidade extrema, e que a atuação do Estado na fomentação de redes de apoio cria possibilidade concreta de resultado eficaz no sentido da cura e inserção social do cidadão. Conforme analisa Barros Brisset:

Os laudos dos peritos psiquiatras designados pela autoridade judicial para a realização do exame de cessação de periculosidade, de maneira geral, têm confirmado a ampliação dos recursos de tratamento do indivíduo e a possibilidade de inserção social. Antes do acompanhamento pelo PAI-PJ, os casos cumpriam medida de segurança no modo “prisão perpétua”, perdendo seus laços sociais definitivamente. Hoje, com a oferta desse acompanhamento feito por muitos, a média de tempo entre a entrada do paciente judiciário no

¹²¹Conferir o site do programa: < http://www.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/>.

programa e a sua saída do sistema jurídico, tem sido de 5 anos, com a cessação de periculosidade confirmada pelos peritos, considerando a demonstração pública da sua resposta razoável de laço social. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 36).

Trata-se de exemplo eficaz de que o ato jurídico pode funcionar como um operador clínico, permitindo ao louco, autor de injusto penal, na instância da lei, perante a autoridade judicial, um espaço para construir os motivos e as razões que o levou ao ato cometido. Nesse contexto, o desafio é criar novos dispositivos de intervenção que possam atuar como mediadores entre o tratamento adequado e o ordenamento jurídico.

A partir de maio de 2010, o programa passou a integrar o Projeto Novos Rumos na Execução Penal do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, sendo regulamentado pela Resolução nº 633/2010. Com a integração, a metodologia do PAI-PJ passou a ser estendida para o interior do Estado de Minas Gerais e a medida passou a incluir também os adolescentes que cumprem medidas socioeducativas o que apenas demonstra que o programa vem atingindo o seu objetivo primordial de cuidar da pessoa como verdadeiro cidadão, disponibilizando-lhe tratamento digno.

O modelo do PAI-PJ acabou sendo difundido em alguns Estados, como em Goiás e no Espírito Santo. No Espírito Santo, recebeu o nome de Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, autor de ato previsto como crime (PAI-PAC) ainda se está na fase inicial, qual seja a de montar a rede de atendimento e tem como objetivo principal facilitar a desospitalização e a inserção social e familiar para pacientes do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

3.3.2 Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI)

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator foi instituído em 26 de outubro de 2006, a partir de proposta elaborada pelo Ministério Público do Estado de Goiás (através da 25ª Promotoria de Justiça de Goiânia), mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, Tribunal de Justiça e Ministério Público do Estado de Goiás.

O surgimento do programa ocorreu em 2003, com o propósito de fazer o censo das medidas de segurança em execução no estado de Goiás. A proposta inicial foi um bom começo, pois, realizado o levantamento dos dados e elaborados os relatórios correspondentes, o Programa não poderia simplesmente ser dissolvido.

Iniciou-se, então, o trabalho articulado pela Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, com o suporte do Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania, para o redimensionamento do PAI-LI. Para tanto, fez-se necessário o diálogo com diversas instituições, especialmente as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, Secretaria da Saúde do Município de Goiânia, Procuradoria Geral de Justiça, Tribunal de Justiça, Conselho Regional de Psicologia, Fórum Goiano de Saúde Mental, rede de clínicas psiquiátricas, entre outras. Até que, em 2006, como resultado dos diálogos que vinham sendo articulados, surgiu oficialmente o PAI-LI.

O intuito maior do programa é implementar uma mudança de paradigma na execução da medida de segurança, na medida em que faz com que o assunto deixe de ser tratado unicamente sob a ótica da segurança pública, para ser observado também pelos serviços de saúde pública, através da participação de clínicas psiquiátricas conveniadas ao sistema único de saúde (SUS) e serviços substitutivos (CAPS). Conforme analisa Silva:

O PAILI estuda cada caso sob o olhar clínico, psicossocial e jurídico; elabora projeto terapêutico individual de acordo com a singularidade de cada caso e informa à autoridade judiciária a respeito da evolução do tratamento. O programa visa ainda buscar a adesão do círculo sócio-familiar do paciente, trabalhando junto a família para o estabelecimento de vínculos e posterior retorno ao lar. (SILVA, 2009, p. 19-20).

O PAI-LI faz, portanto, a intermediação do juiz e do sistema penitenciário com a rede de atenção em saúde mental, colocando o paciente submetido à medida de segurança no ambiente de tratamento universal do SUS.

O trabalho é realizado por equipe multidisciplinar formada por profissionais da área de psicologia, assistência social e direito, e conta com acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, todos vinculados à Secretaria de Estado da Saúde.

Na prática, o juiz profere a sentença em que determina a medida de segurança aplicada, mas não é ele quem estabelece a modalidade de tratamento dispensado. Na verdade, o juiz deve apenas comunicar a sentença ao PAI-LI e ao juízo da execução penal e o programa é responsável por indicar o local da internação ou do tratamento ambulatorial. A desinternação posterior é feita automaticamente, independente de nova decisão judicial, exclusivamente sob a orientação direta do PAI-LI que apenas comunicará ao juízo da execução penal.

O PAI-LI de Goiás se diferencia do PAI-PJ de Minas Gerais porque é autônomo, isto é, não é vinculado ao Tribunal de Justiça ou a qualquer outra instituição, e, em decorrência desta autonomia, não há dependência das decisões judiciais para o encaminhamento dos pacientes do Programa para a família ou para uma residência terapêutica.

O PAI-LI foi premiado em dezembro 2009, na categoria Ministério Público, na VI edição do Prêmio Inovare: o Judiciário do século XXI, cujo tema foi Justiça Rápida e Eficaz¹²³.

Estas experiências de desenvolvimento de ações diferenciadas na atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais autoras de delito têm demonstrado que é possível o atendimento das pessoas com transtornos mentais autoras de injusto penal fora dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Os dois programas demonstram que é preciso enfrentar os impasses da situação de todas as formas de exclusão criminal do portador de transtorno mental com a idealização de programas que primem pelo tratamento multidisciplinar do sujeito como uma maneira de lhe assegurar a observância de todos os direitos a ele pertencentes, garantindo a prática democrática de forma mais ampla. Eles comprovam que é possível uma solução que foge tanto do ordinário do hospital de custódia, quanto mais ainda da situação do depósito em prisão comum.

Mecanismos como estes devem ser divulgados e copiados. Vê-se que, apenas dois dos entrevistados na pesquisa (*Juiz 1* e *Psiquiatra 2*), tinham conhecimento sobre a realização destes programas de tratamento alternativo - embora não soubessem como havia sido criado ou como era seu funcionamento - o que comprova a assertiva de que atividades como aquelas precisam ser difundidas mais amplamente, para que seus resultados ecoem em todos os espaços públicos e instituições que lidam com a questão.

A alternativa buscada no Estado do Acre pela juíza da Vara de Execuções Penais que, ciosa da situação das pessoas que estavam há cerca de oito anos depositadas no sistema prisional, sem qualquer tratamento adequado, buscou alguma saída, foi um princípio de mudança. Entretanto é certo que, se esta tentativa fosse amparada por uma rede articulada de serviços, os resultados seriam mais expressivos e a prática poderia tornar-se uma constante na cidade de Rio Branco.

¹²³ Disponível em: < <http://www.premioinnovare.com.br/praticas/paili-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/>>. Acesso em 10 out. 2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as críticas propostas ao longo deste trabalho foram feitas à luz dos seus pressupostos sociais e históricos, com a verificação de como se desenvolveu a construção social da pessoa “louca” excluída da sociedade, como ocorreu a aproximação do direito à psiquiatria, que resultou na criminalização da loucura e, ainda, como se construiu uma forma descompartmentalizada de tratamento. Tudo isso para chamar a atenção que o problema apresentado necessita de reflexão, uma vez que o direito penal não pode ser tomado como disciplina isolada, alheio à relação social em que está inserido, mas sim, deve ser observado sob a órbita da troca de conhecimento e diálogo com outras matérias. A medicina psiquiátrica comprovadamente evoluiu e isto tem que ser absorvido pelo sistema criminal.

O princípio da dignidade da pessoa humana, como ficou provado, sofre inúmeras violações quando analisado como paradigma de aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais. O sistema atual é comprovadamente ineficiente como um todo e, como visto, com agravantes de extremas violações na cidade de Rio Branco-AC pelo completo abandono da saúde mental.

Com efeito, o processo de exclusão social do *louco infrator* no Estado do Acre tem se mostrado bastante acentuado. As sentenças aplicadas, em sua maioria, não fixam prazo máximo para cumprimento da medida de segurança, em evidente descompasso com a jurisprudência pátria. A ele não é garantido tratamento em local adequado, pois, o Estado, além de não disponibilizar espaço físico destinado a eles, não construiu qualquer rede substitutiva de atendimento.

O próprio discurso dos entrevistados - de maneira unânime - demonstra essa realidade de exclusão, porque em vez de se referirem a esses indivíduos como *pacientes judiciais* que são, por lei e, por isso, merecem tratamento diferenciado no sentido de alcançar um atendimento pleno a sua saúde mental, foram quase constantemente chamados pelos entrevistados de *presos*, com a diferença de cumprirem medida de segurança de internação dentro de uma unidade prisional.

Percebe-se, portanto, que o procedimento jurídico relacionado ao tratamento da loucura aparece subvertido em toda extensão da sua aplicação prática, evidenciando os paradoxos entre a prática e o discurso. O que na discussão teórica é proteção,

tratamento, desnuda-se, na prática, como uma pena agravada, uma vez que não possui as garantias da pena comum, prevista para os imputáveis que cometem delitos. A realidade dos casos, no comum das vezes, não contempla a possibilidade de alta e de liberdade dos internos do complexo penitenciário, tanto que, os próprios médicos psiquiatras, demonstram receio em atestar a *cessação de periculosidade* exigida por lei como requisito para a retomada da liberdade.

Além disso, vê-se que outros elementos surgem para tornar o tratamento dos internos mais degradantes e desumanos. A falta de atividade dos pacientes, a ausência de setor de terapia ocupacional, psicoterapia e assistência social estruturados. Da forma como a situação vem se apresentando, ocorre a destruição da vida humana e a supressão eterna da liberdade, do valor do ser humano como esperança de redenção, caracterizando a medida de segurança instrumento que contribui para a não recuperação.

Sabia-se, desde o princípio que era necessário haver a readequação da política de aplicação e de cumprimento da medida de segurança de internação, eis que o tratamento atualmente realizado, com a internação deles dentro do presídio, sendo tratados como presos comuns, estigmatiza e não auxilia no reconhecimento da dignidade e na construção da cidadania do portador de transtorno mental. Ao revés, encerra verdadeiro processo de exclusão social.

Deve-se ter em mente que os portadores de patologias mentais, ainda que tenham cometido algum ilícito penal, e mesmo que apresentem certo perigo para a sociedade, continuam protegidos pelas franquias constitucionais aplicáveis aos cidadãos em geral, que impedem, dentre outros constrangimentos, a prisão sem fundamento legal, de modo que, se o Estado não tem condições de custodiar o agente inimputável em estabelecimento hospitalar adequado, por inexistência deste, não pode, ao arrepio da lei, mantê-lo no cárcere por prazo indeterminado.

Quanto ao aspecto do discurso jurídico, vale aqui a regra geral de que a lei existe e não é cumprida. E, embora todos tenham conhecimento deste fato, até hoje nunca houve uma tentativa de discussão conjunta desta questão. Neste ponto é preciso lembrar que o trabalho feito na vara de execução penal em 2010 não foi fruto da construção de uma sistemática de atendimento permanente e contínuo, tanto o é que não passou de uma atividade isolada, para um grupo de pacientes pré-selecionados naquele período. Não é demais dizer que o mutirão realizado não foi capaz de imprimir uma ordem efetiva de atuação e de acompanhamento da situação dos processos relativos

àqueles pacientes que não foram “escolhidos” naquele momento, ou que ingressaram no sistema *a posteriori*.

E, diga-se mais, o trabalho realizado não foi minimamente divulgado entre as próprias instituições que, de maneira direta ou transversal, lidam com o problema, de modo que os resultados positivos alcançados - dentre os quais se destaca a não reincidência criminal dos inimputáveis - que poderiam ter sido divulgados para ajudar na desconstrução da visão estigmatizante que os portadores de transtornos mentais são submetidos, em razão da nuvem negra da periculosidade probabilística que os ronda, não serviram para imprimir um processo de inclusão social. Sem qualquer suporte político institucional, o resultado alcançado teve êxito incipiente e isolado.

Ainda que nenhuma decisão fosse tomada para mudar o sistema legislativo atual, pode-se concluir que se o Estado, através dos atores envolvidos no problema, trabalhasse e discutisse um pouco mais de perto a questão, melhoraria as condições de vida e de direitos dos doentes mentais infratores, como também, propiciaria mudanças radicais na forma de aplicação e cumprimento da medida de segurança. Ao não reparar os danos causados nem fazer o mínimo de justiça contribui-se para tornar a história da criminalização da loucura cada vez mais acentuada.

Quanto à análise do ponto de vista médico-psiquiátrico, constitui-se uma falha do HOSMAC e da saúde mental não lutar pela efetiva apropriação destes pacientes judiciários, no sentido de buscar, por exemplo, a construção de um espaço, dentro da instituição médica, para abrigá-los. Aceitar, ainda que indiretamente, que estes pacientes sejam tratados dentro de celas comuns do sistema penitenciário, sem qualquer espécie de tratamento e, por vezes, de medicação adequada, significa negar a ele qualquer possibilidade de melhoria do seu estado de saúde. Trata-se de um assunto de magna relevância que remete diretamente às causas da violação da dignidade do portador de transtorno mental.

Tanto sob o aspecto médico quanto sob o jurídico, além da estrita observância ao bem estar e segurança social, deve haver atenção especial no atendimento desses internos submetidos à medida de segurança, visando à inclusão dessas pessoas na sociedade a partir do reconhecimento das suas necessidades específicas.

Não são raros os casos em que o fato criminoso praticado não foi motivado pelo estado de instabilidade mental do indivíduo, mas sim porque ele foi provocado a agir - tal qual ocorre com os delitos praticados pelas pessoas sãs.

De acordo com os dados coletados das pesquisas feitas junto a pacientes judiciários participantes do Programa PAI-PJ, em Minas Gerais, na maior parte dos casos, os pacientes tinham ciência do ato que praticaram e, por isso, mesmo estando internados no hospital psiquiátrico, ainda esperavam a punição pelo fato, o que subsidia a tese da necessidade de reconhecer a autonomia e responsabilização do doente.

O aplicador da lei, quando não analisa estas circunstâncias e observa tão somente a pessoa que praticou o fato e seu estado mental, isoladamente, passa a punir o cidadão pelo que ele é, pela doença que possui, e não por aquilo que ele fez. Há, aparentemente, um conflito existente entre a própria teoria do direito penal que necessita ser solucionado.

Uma das grandes polêmicas da área ainda é quem deve se responsabilizar pelos doentes mentais infratores, afinal, como se comprovou, a área da saúde não se envolve profundamente porque o problema é de segurança pública, e esta não consegue oferecer o mínimo de tratamento adequado para esses pacientes. Transferir a responsabilidade do tratamento à área da saúde é uma das alternativas para mudar a realidade dos portadores de transtorno mental autores de injusto penal, pois representaria a transmissão do mundo da medicalização para o mundo social.

Defende-se aqui de maneira urgente a construção e o desenvolvimento de um programa, aos moldes daquele existente em Minas Gerais, com a participação conjunta de todas as instituições jurídicas e da rede pública de saúde, sendo esta a contribuição que este trabalho pretende deixar. Urge também construir uma rede de suporte aos familiares dos portadores de transtornos mental autor de injusto penal, como forma de dar todo o apoio que eles necessitam para se tornarem protagonistas da desinstitucionalização, isto é, serem a âncora para a socialização continuada do louco infrator, uma vez que a família, na maior parte das vezes, é o melhor contato que o doente pode ter com a realidade.

Finalmente cabe uma observação sobre a Defensoria Pública e seu papel constitucional de exercício da defesa dos hipossuficientes. A população carcerária na cidade de Rio Branco depende em percentual superior a 80% da atuação dos defensores públicos, os portadores de transtornos mentais autores de injusto penal, por sua vez, estão a depender da instituição quase que na ordem de 100%. Neste contexto, considerando que é necessário impulsionar a criação de um modelo articulado para o tratamento do louco infrator, a Defensoria Pública tem um novo papel, o de instituição intermediadora, impulsionadora deste diálogo acerca da loucura e do tratamento com as

várias partes envolvidas, realizando, assim, a defesa criminal integral do cidadão doente mental.

As inquietações surgidas durante a pesquisa servem para encorajar a continuidade deste trabalho, na busca de uma nova construção legislativa que não deverá ser feita de um modo unidisciplinar, com a verificação de aspectos meramente criminais, mas, sobretudo, com base em uma visão multidisciplinar, com a conjugação de trabalhos da psicologia, assistência social, psiquiatria e direito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. Tradução Laureano Pelegrin. São Paulo: Edusc, 2001.

ALÁEZ CORRAL, Benito. *Nacionalidad, ciudadanía y democracia: ¿A quién pertenece la Constitución?*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2006.

ALVIM, Rui Carlos Machado. *Uma pequena história das medidas de segurança*. São Paulo, IBCCRIM, 1997.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Haroldo da Costa. *Das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004.

ANTUNES, Maria João. O passado, o presente e o futuro do internamento de inimputável em razão de anomalia psíquica. *Revista portuguesa de ciência criminal*, Coimbra, ano 13, n. 3, p. 347-363, jul/set 2003.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171-195.

BASAGLIA, Franco (Org.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Tradução Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECCARIA, Cesare. *Dos delitos e das penas*. Tradução J. Cretella Jr. e Agnes Cretella. 2. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1999.

BETANHO, Luiz Carlos; ZILLI, Marcos. Medidas de Segurança. In: FRANCO, Alberto Silva; STOCO, Rui (Coords.). *Código Penal e sua interpretação: doutrina e jurisprudência*. 8. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2007. p. 473-495.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal*. v.1. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BIELEFELDT, Heiner. Introdução; Direitos humanos como *ethos* de liberdade político-jurídica na era moderna. In: _____. *Filosofia dos direitos humanos*. Fundamentos de um *ethos* de liberdade universal. Tradução Dankwart Bernsmuller. São Leopoldo: Unisinos, 2000. p. 11-137.

BRAGA, Vinicius Gil. As medidas de segurança à luz do Estado democrático de direito: apontamentos à consecução de uma teoria agnóstica da medida de segurança. In: CARVALHO, Salo de (Coord.). *Crítica à execução penal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 613-629.

CARVALHO, Salo de. Garantismo e teoria crítica dos direitos humanos: aportes iniciais. *Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica: direitos humanos e democracia na era global*. Belo Horizonte, 2009, p. 127-148.

CAMPOY CERVERA, Ignacio. Una revisión de la idea de dignidade humana y los valores de libertad, igualdad y solidaridad em relación con la fundamentación de los derechos. *Anuario de filosofia del derecho*, Madrid, tomo 21, BOE, p. 143-166, 2005.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CASTRO, Ulysses Rodrigues de. *Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas idéias, velhas práticas*. Brasília: Hinterlândia Editorial, 2009.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em ciências sociais*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COHEN, Claudio; MARCOLINO, José Alvaro Marques. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: _____. ; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marcos (Org.). *Saúde mental, crime e justiça*. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2006. p. 17-27.

_____. Medida de segurança. In: _____. ; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marcos (Org.). *Saúde mental, crime e justiça*. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2006. p. 123-129.

COIMBRA, Cecília. Operação Rio: *O mito das classes perigosas*. Rio de Janeiro: Oficina do autor. Niterói: Intertexto, 2011.

DIAS, Adelaide Alves. *A autonomia enquanto fundamento da educação moral na educação infantil: concepções e práticas*. 2001. 195f. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2001.

FERRARI, Eduardo Reali. *Medidas de segurança e direito penal no Estado democrático de direito*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001.

FIGUEIREDO, Patrícia Cobianchi. Hierarquia normativa dos tratados de direitos humanos no ordenamento jurídico brasileiro antes e após a emenda constitucional 45 de dezembro de 2004. In: PIOVESAN, Flávia; IKAWA, Daniela (Coords.). *Direitos Humanos: fundamento, proteção e implementação*. v. 2. Curitiba: Juruá, 2009. p. 183-210.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. *História da Loucura: na idade clássica*. Tradução. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2009.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, Ervin. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOMES, Luiz Flávio. Duração das Medidas de Segurança. *Revista de Julgados e Doutrina Tribunal de Alçada Criminal do Estado de São Paulo*, São Paulo, n. 5, p. 15-24, jan/mar. 1990.

GONÇALVES, Renata Weber. *A medida de segurança: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil*. 2008. 111f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008.

KANT, Immanuel. *Crítica da razão pura*. São Paulo: Abril, 1999. Prefácio à segunda edição.

_____. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução Paulo Quintela. Portugal: Edições 70 Lda., 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria Andrade. *Técnicas de pesquisa*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LANDA, César. Dignidade de la persona humana. *Cuestiones constitucionales - Revista mehcana de derecho constitucional*, n.7, julio-diciembre 2002, p. 109-138, 2002.

LUTHER, Jörg. Razonabilidad y dignidad humana. Tradução Leonardo J. Sánchez-Mesa Martínez. *Revista de derecho constitucional europeu-ReDCE*, n. 7, p. 295-326, enero-junio 2007.

MAIHOFER, Werner. *Estado de derecho y dignidad humana*. Tradução José Luis Guzmán Dalbora. Montevideo; Buenos Aires: B de F, 2008.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciências Penais*: revista da Associação Brasileira de Professores de Ciências Penais, São Paulo, ano 1, p. 175-189, 2004.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e Psiquiatria*: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MAURER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana... ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. Tradução Rita Dostal Zanini. In: SARLET, Ingo Wolfgang. (Org.). *Dimensões da dignidade*: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009b. p. 119-143.

MAXIMILIANO, Carlos. *Hermenêutica e aplicação do direito*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

MELLO, Celso D. Albuquerque. *Curso de direito internacional público*. 15. ed. 2v. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOURA, Laércio Dias de. *A dignidade da pessoa e os direitos humanos*: o ser humano num mundo em transformação. Bauru: Edusc, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2001.

PELÉ, Antonio. *Filosofía e historia en el fundamento de la dignidad humana*. 2006. 1183f. Tese de Doutorado. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Universidade Carlos III de Madrid, 2006.

PECES-BARBA MARTINEZ, Gregorio. *La dignidad de la persona desde la filosofía del derecho*. Cuadernos “Bartolomé de las Casas”. 2. ed. Madrid: Dykinson, 2003.

_____. Derechos humanos, especificación y discapacidad. In: CAMPOY CERVERA, Ignacio; PALACIOS, Augustina.(Eds). *Igualdad, no discriminación y discapacidad*: una visión integradora de las realidades española y argentina. Madrid, IDHBC; Dykinson, 2007a. p. 359-375.

_____. De la miséria del hombre a La dignidad humana. *Anales de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, n. 84, p. 167-180, 2007b.

PIOVESAN, Flávia.. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal Brasileiro*. v.1. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

RABENHORST, Eduardo Ramalho. A dignidade do homem e os perigos da pós-humanidade. *Verba juris*: anuário da pós-graduação em direito, João Pessoa, ano 1, n. 1, p. 105-226, jan/dez. 2002.

REALE, Miguel. *Lições preliminares de direito*. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

RICHARDSON, Roberto Jarry. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009a.

_____. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: SARLET, Ingo Wolfgang. (Org.). *Dimensões da dignidade: ensaios de filosofia do direito e direito constitucional*. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009b. p. 15-43.

SHECAIRA, Sérgio Salomão; CORREA JUNIOR, Alceu. *Teoria da pena: finalidades, direito positivo, jurisprudência e outros estudos de ciência criminal*. São Paulo: Ed. Revista do Tribunais, 2002.

SILVA, Haroldo Caetano. *Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: informações gerais*. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás, 2009.

SOUTO, Rony Soares de Brito e. A (I) Legitimidade do Processo de Imposição das Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro: Diagnóstico Garantista. In: CARVALHO, Salo de (Org.). *Leituras constitucionais do sistema penal contemporâneo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 343-364.

_____. Medidas de Segurança: da criminalização da doença aos limites do poder de punir. In: CARVALHO, Salo de (Coord.). *Crítica à execução penal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 577-594.

SORTO, Fredys Orlando. A declaração universal dos direitos humanos no seu sexagésimo aniversário. *Verba juris*: anuário da pós-graduação em direito, João Pessoa, v. 7, n. 7, p. 9-34, jan/dez. 2008.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado (Ed.). *A incorporação das normas internacionais de proteção dos direitos humanos no direito brasileiro*. 2. ed. San José, Costa Rica/Brasília: IIDH (et al.), 1996.

VILLAR, Maria Cláudia Pires Capuano. O doente mental infrator, o manicômio e a responsabilidade penal. *Revista do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária*, Brasília, v. 1, n. 20, p. 59-76, jan/jun 2007.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. O discurso psiquiátrico na imposição e execução das medidas de segurança. In: CARVALHO, Salo de (Coord.). *Crítica à execução penal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007. p. 595-611.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*. v.1. 8. ed. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2001.

REFERÊNCIAS ELETRÔNICAS

ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética*, v. 18 (2), p. 381-395, 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/571/543>. Acesso em: 17 jul. 2011.

AZEVEDO, Dulcinéia. Psiquiatra cobra hospital de custódia. *Jornal A Gazeta do Acre*. Geral. Rio Branco, 31 jul. 2010. Disponível na internet em: <http://www.agazetadoacre.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8461:psiquiatra-cobra-hospital-de-custodia-no-acre&catid=59:geral&Itemid=99>. Acesso em: 31 jul. 2010.

CARNEIRO, Herbert. *PAI-PJ será estendido ao menor infrator*. Trecho do discurso proferido no evento comemorativo dos 10 anos do Programa de atenção integral do paciente judiciário portador de sofrimento mental em 9 de março de 2010. Minas Gerais: TJMG, 2010. Disponível na internet em: <<http://tjmg.jus.br/anexos/nt/noticia.jsp?codigoNoticia=17529>>. Acesso em: 10 out. 2011.

COSTA, Josá Raimundo Evangelista da.; ANJOS, Márcio Fabri dos.; ZAHER, Vera Lúcia. Para compreender a doença mental numa perspectiva de bioética. *Bioethikos*, São Paulo, ano 1 (2), p. 103-110. Disponível na internet em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/57/Para_compreender_a_doenca_mental.pdf>. Acesso em: 18 Out. 2010.

DINIZ, Débora. *A casa dos mortos*. Brasil, 1999. DVD (24 min).

_____.; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. *Revista Internacional de Direitos Humanos – SUR*, v.6. n. 11, p. 65/77, dez. 2009. Disponível na internet em: <<http://www.revistasur.org>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

FUNK, Michelle; DREW, Natalie; SARACENO, Benedetto. (Orgs). *Livro de Recursos da OMS sobre Saúde mental, direitos humanos e legislação*. Trad. Willians Valentini. Genebra: OMS, 2005. Disponível na internet em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisão_FINAL.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2006.

MUSSE, Luciana Barbosa. (Org.). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001*. Brasília: MPF/PFDC, 2011. Disponível na internet em: <http://ccipfdc.files.wordpress.com/2011/06/parecer_final_comissao_pfdc.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2011.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pinel – a mania, o tratamento moral e o início da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*. Ano VII, n. 3, set. 2004, p. 113-116. Disponível na internet em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/set4/pinel.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

PISSINI, Walmor J. História da Psiquiatria: Aníbal Silveira (1902-1979). *Psychiatry On-Line Brazil*, v. 13, n. 4, abr. 2008. Disponível na internet em: <<http://www.polbr.med.br/ano08/wal0408.php>>. Acesso em: 04 jul. 2011.

ENTREVISTAS COLETADAS

BONFIM, Denise Castelo. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 18 de novembro de 2011.

COSTA, Damião Nunes da. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 17 de novembro de 2012.

GROSS, Leandro Leri. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 17 de novembro de 2011.

LEITE, Valdir Perazzo. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 17 de novembro de 2011.

LEITE, José Roberto Bertoncini. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 18 de novembro de 2011.

LINO FILHO, José Ruy da Silveira. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 16 de novembro de 2011.

MAIA, Raimundo Nonato da Costa. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 16 de novembro de 2011.

MANASFI, Maha Kouzi Manasfi e. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 12 de janeiro de 2012.

MARTINS, Joana D'arc Joana. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 30 de janeiro de 2012.

MENDES JUNIOR, Elcio Sabo. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 16 de novembro de 2011.

OSHIRO, Glaucio Ney Shiroma. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 09 de dezembro de 2011.

PAULINO, José Rosa. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 24 de janeiro de 2012.

SILVA, Francisco Djalma da. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 17 de novembro de 2011.

SIQUEIRA FILHO, Martiniano Cândido de. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 18 de janeiro de 2012.

TAVARES, Cássio de Holanda. *Entrevista concedida a Rivana Barreto Ricarte de Oliveira*. Rio Branco, 16 de janeiro de 2012.

ANEXOS

Anexo A - DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS DEFICIENTES MENTAIS (Resolução da ONU nº 2856, de 20 de Dezembro de 1971)

A Assembléia Geral,

Consciente do compromisso assumido pelos Estados Membros, na Carta das Nações Unidas, de agir em conjunto ou separadamente, em cooperação com a Organização, com vista a promover a elevação dos níveis de vida, o pleno emprego e condições de progresso e desenvolvimento económico e social,

Reafirmando a sua fé nos direitos humanos e liberdades fundamentais e nos princípios da paz, da dignidade e valor da pessoa humana e da justiça social, proclamados na Carta,

Recordando os princípios da Declaração Universal dos Direitos do Homem, dos Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos e da Declaração dos Direitos da Criança, bem como as normas já estabelecidas em prol do progresso social nas constituições, convenções, recomendações e resoluções da Organização Internacional do Trabalho, da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, da Organização Mundial de Saúde, do Fundo das Nações Unidas para a Infância e de outras organizações competentes,

Sublinhando que a Declaração sobre Progresso e Desenvolvimento Social proclamou a necessidade de proteger os direitos e de garantir o bem-estar e a reabilitação das pessoas em situação de desvantagem física ou mental,

Tendo presente a necessidade de ajudar as pessoas com deficiência mental a desenvolver as suas potencialidades nas mais variadas áreas de actividade e de promover a sua integração, tanto quanto possível, na vida normal,

Consciente de que certos países, na sua actual fase de desenvolvimento, apenas podem desenvolver esforços limitados neste sentido,

Proclama a presente Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes Mentais e apela à acção nacional e internacional para assegurar que a mesma seja utilizada como base comum e enquadramento de referência para a protecção desses direitos:

1. A pessoa deficiente mental tem, na máxima medida possível, os mesmos direitos que os demais seres humanos.

2. A pessoa deficiente mental tem direito a cuidados médicos e tratamentos físicos adequados, bem como à educação, formação, reabilitação e orientação que lhe permitam desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões.
3. A pessoa deficiente mental tem direito à segurança económica e a um nível de vida decente. Tem o direito de realizar um trabalho produtivo ou de exercer qualquer outra actividade útil na máxima medida possível das suas capacidades.
4. Sempre que possível, a pessoa deficiente mental deve viver com a sua própria família ou com pais adoptivos e deve participar de diferentes formas na vida da comunidade. A família com a qual vive deve receber assistência. Se o tratamento numa instituição se tornar necessário, deve ser prestado em ambientes e outras circunstâncias tão próximos quanto possível dos da vida normal.
5. A pessoa deficiente mental tem direito a um tutor qualificado caso tal seja necessário para proteger o seu bem-estar e os seus interesses pessoais.
6. A pessoa deficiente mental tem direito à protecção contra a exploração, os maus tratos e os tratamentos degradantes. Se acusada de qualquer delito, tem direito a beneficiar de um processo justo com pleno reconhecimento do seu grau de responsabilidade face às respectivas faculdades mentais.
7. Sempre que as pessoas deficientes mentais não possam, devido à gravidade da sua deficiência, exercer efectivamente todos os seus direitos ou caso se torne necessário restringir ou negar alguns destes direitos ou todos eles, o procedimento utilizado para tal restrição ou negação de direitos deverá conter salvaguardas jurídicas adequadas contra todas as formas de abuso. Este procedimento deverá basear-se numa avaliação da capacidade social da pessoa deficiente mental efectuada por peritos qualificados e deverá ser sujeito a revisão periódica e ser susceptível de recurso para autoridades superiores.

Anexo B - RELAÇÃO DE PACIENTES JUDICIÁRIOS EM MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO DURANTE O CURSO DA PESQUISA

	NOME	DELITO	PROCESSO	ENTRADA	SENTENÇA	SITUAÇÃO
01	Aldemir Freitas Lopes "Jubileu" ⁽¹⁾	Art. 121, §2º, II e IV, do CP	0002996-52 .2009.8.01.0001	08/06/2006	27/06/2008 prazo min. 02 anos	PRESO
02	Edito Rodrigues da Silva ⁽¹⁾	Art. 121, §2º, I, III e IV, e §4º, do CP.	0000360-64 .2010.8.01.0006	25/06/2008	30/08/2009 prazo min. 02 anos	PRESO
03	Francisco Santos da Silva "Velho" ⁽²⁾	Art. 121, §2º, II e IV do Código Penal	0002044-33 .2010.8.01.0003	28/05/2005	25/05/2006 prazo min. 02 anos	PRESO
04	Deyvid da Silva Guedes ⁽³⁾	Art. 121, §2º, II e IV, do CP	0009851-76 .2011.8.01.0001	21/01/2010	17/10/2010 Ambulatorial prazo min. 03 anos e max 20 anos	PRESO
05	Werden Alves de Lima ⁽⁸⁾	Art. 121 §2º, II, do CP	0006531-52 .2010.8.01.0001	27/05/2010	10/05/2011 prazo min. 02 anos e max 30 anos	PRESO
06	Geison Antonio Freitas ^{(2) (4) (5)}	Art. 121, <i>caput</i> c/c art. 14, II, do CP.	0001146-60 .2009.8.01.0001	11/10/2007	24/11/2008 prazo min. 01 ano	PRESO
07	Francisco Raimundo Barbosa Brasil ^{(6) (7) (8)}	Art. 121, §2º, I e IV do CP	0006097-39 .2005.8.01.0001	31/03/2002	13/07/2004 prazo min. 01 ano 08 meses	PRESO
08	Jose Saraiva ^{(6) (8)}	Art. 121, §2º, III c/c art. 14, II do CP.	0007813-82 .1997.8.01.0001	01/12/1996	04/08/1998 prazo min. 03 anos	PRESO
09	Antônio Pereira de França ^{(6) (8)}	Art. 121, §2º, I e IV do CP	0003653-09 .2000.8.01.0001	17/04/2000	17/04/2000 Sem prazo	Trat ambulat. desde 05/11/10
10	Lelo Ronaldo Ribeiro Oliveira	Art. 121, §2º, II e IV do CP	0010868-55 .2008.8.01.0001	08/03/2006	28/03/2008 prazo min. 02 anos	Trat ambulat. desde 05/11/10
11	Ediberto Alves de Souza ⁽¹⁾	Art. 121, §2º, I, II e IV do CP	0012313-16 .2005.8.01.0001	17/01/2005	25/08/2005 Sem prazo	Trat ambulat. desde 17/11/10
12	Francisco Gilberto Vidal Gomes	Art. 121, §2º, II, III e IV, do CP.	0015952-42 .2005.8.01.0001	16/03/2004	07/10/2005 Sem prazo	Trat ambulat. desde 01/10/10
13	Marco Nilton S. Ferreira	Art. 213, <i>caput</i> , 214, <i>caput</i> c/c art. 224, "a" e art. 284, II, do CP (por 5 vezes)	0019279-58 .2006.8.01.0001	03/04/2004	15/08/2005 prazo min. 01 ano	Trat ambulat. desde 10/11/10
14	José Raimundo Barbosa de Lima ⁽⁸⁾	Art. 121, §2º, III e IV do CP	0004321-04 .2005.8.01.0001	02/08/2003	06/12/2004 Sem prazo	Trat ambulat. desde 10/11/10
15	Osmir Ferreira Monteiro	Art. 214, <i>caput</i> c/c art. 224, "a" do CP.	0013684-44 .2007.8.01.0001	25/05/2006	30/05/2007 prazo min. 02 anos	Trat ambulat. desde 18/03/10
16	Raimundo Nonato do Nascimento	Art. 121, §2º, I e IV do CP	0024551-28 .2009.8.01.0001	07/08/2007	12/02/2009 prazo min. 02 anos	Trat ambulat. desde 17/08/11
17	Jose da Silva Roque	Art. 157, <i>caput</i> , c/c art. 14, II, do CP.	0005126-49 .2008.8.01.0001	29/03/2007	29/10/2007 prazo min. 01 ano	Trat ambulat. desde 11/02/10

Observações:

- (1) Paciente que cometeu delito de natureza grave contra genitor/genitora ou cônjuge.
- (2) Paciente que foi submetido a procedimento administrativo disciplinar dentro da unidade prisional.
- (3) Paciente que recebeu medida de segurança ambulatorial, mas encontra-se internado dentro de unidade prisional.
- (4) Paciente ao qual foi concedida a transformação da medida de internação para tratamento ambulatorial em 01/12/2010, mas o mesmo descumpriu e voltou a ficar preso na unidade penitenciária.
- (5) Paciente que praticou fato delituoso ou contravenção penal dentro da unidade prisional (dano, vias de fato), durante o período de internação.
- (6) Paciente que cometeu mais de um fato delituoso da mesma espécie.
- (7) Paciente que cumpriu a medida de segurança no HOSMAC.
- (8) Processos cuja sentença que determinou a internação foi proferida antes de 2005 ou depois de 2010.

Anexo C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Senhor (a) _____,

Esta pesquisa é sobre **Aplicação de medida de segurança aos portadores de transtornos mentais em face do princípio da dignidade da pessoa humana: o caso de Rio Branco AC (2005/2010)** e está sendo desenvolvida por Rivana Barreto Ricarte de Oliveira aluna do Curso de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas – área de concentração em Direitos Humanos da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. Fredys Orlando Sorto.

O objetivo geral do estudo é analisar a necessidade de aplicação da medida de segurança ao autor de injusto penal, bem como a forma de imposição e cumprimento da medida de segurança de internação pelos portadores de transtornos mentais que cometeram delitos na cidade de Rio Branco-AC no período de 2005 a 2010, de modo a alertar a ocorrência ou não de violação ao princípio da dignidade da pessoa humana e oferecer subsídios para a defesa da cidadania e do direito ao tratamento em liberdade do portador de transtorno mental infrator da norma penal.

A finalidade deste trabalho é contribuir para:

- Examinar o princípio da dignidade da pessoa humana e sua relação com as pessoas portadoras de transtornos mentais autoras de ilícito penal que cumprem medida de segurança nas unidades penitenciárias da cidade de Rio Branco-AC.
- Demonstrar a efetividade ou não da legislação penal ante a Reforma Psiquiátrica discutindo sobre a desconstrução do modelo judiciário atual, para substituir a execução das medidas de segurança detentivas por alternativas que possibilitem garantir ao doente mental infrator o efetivo direito à saúde, nos moldes dos serviços preconizados pela psiquiatria.
- Identificar os processos criminais que culminaram na aplicação da medida de segurança, no período de 2005 a 2010, e analisar as sentenças proferidas, observando como a medida foi aplicada, identificando regulamentos e procedimentos administrativos junto ao Instituto Penitenciário do Acre – IAPEN e a Vara de Execuções Penais – VEP.

Tudo isso como forma de contribuir para uma reflexão sobre tema socialmente relevante na medida em que tem como foco um grupo de grande vulnerabilidade social, com direitos e garantias mais facilmente violados.

Solicitamos a sua colaboração para participação de entrevista semiestruturada onde será abordado o tema em questão, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde, na medida em que as entrevistas são exclusivamente com membros da equipe técnica, não constando o uso de medicamentos e/ ou equipamentos que possam oferecer algum tipo de dano.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Rivana Barreto Ricarte de Oliveira

Endereço (Setor de Trabalho): Defensoria Pública do Estado do Acre

Telefone: 68 32232554

Email: rivanaadvogada@ig.com.br

Atenciosamente,

Rivana Barreto Ricarte de Oliveira
Pesquisador Responsável

Anexo D- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

- 1- Na experiência do senhor (a) já teve contato com paciente portador de sofrimento mental, lembra-se de algum caso especial que poderia estar dizendo?
- 2- Como é aplicada a medida de segurança no Estado do Acre? Existe HCTP no Estado do Acre? Para onde é enviado o louco infrator que deve cumprir medida de internação no Estado do Acre?
- 3- Na sua concepção o modelo atual de tratamento do portador de transtorno mental autor de injusto penal é adequado? A forma como é tratado o portador de transtorno mental autor de injusto penal atenta contra a dignidade da pessoa humana?
- 4- Existiria alguma alternativa para o tratamento dos portadores de sofrimento mental infratores aqui em Rio Branco?
- 5- O senhor (a) concorda com essa posição da psiquiatria moderna, no que diz respeito ao tratamento em meio aberto? O senhor (a) acha que a nova política em saúde mental que aponta para um tratamento dos portadores de sofrimento mental em meio aberto é viável para os pacientes judiciários?
- 6- Existe alguma incongruência/incompatibilidade entre a legislação penal e a legislação de saúde mental?

- Estas são as perguntas que guiam as entrevistas, tendo sido feitas algumas outras para fazer fluir a conversa com o entrevistado.

Anexo E - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS PROMOTORES DE JUSTIÇA

PROMOTOR 1 - entrevista realizada em 16/11/ 2011 (duração 21'38'')

Pesquisadora: Em sua experiência como promotor há 13 anos, o senhor já se deparou com algum caso de portador de transtorno mental autor de injusto?

Promotor 1: Vários casos. Aqui no Estado do Acre não se verifica hospital de custódia e tratamento psiquiátrico então... na minha gestão nunca ouviu falar em manicômio judiciário. Lá no presídio eles ficavam abrigados na enfermaria, pelo menos aqueles casos mais agudos ficavam mais próximos aos enfermeiros e aos médicos. De tempos em tempos havia médico diariamente, mas o mais comum era uma ou duas vezes por semana. Estes médicos ficavam para atender os presos de um modo geral durante o dia. Os casos mais graves ficavam na enfermaria, os casos menos graves os presos ficavam abrigados em um pavilhão bem próximo a enfermaria. A ideia era de que qualquer coisa eles teriam um atendimento mais rápido.

Pesquisadora: Eles ficavam isolados dos outros presos?

Promotor 1: Via de regra sim, mas casos menos graves eles ficavam com presos comuns. E até chegava-se a dizer que eles ficavam cuidando deles e que qualquer coisa os presos avisavam. Mas nunca se construiu aqui o famoso e exigido por lei HCTP. Houve uma vez que um colega quis levar o cumprimento da lei ao pé da letra e tomou todas as providências, inclusive com a anuência do juiz, para transferir e remover todos estes presos para o HOSMAC. Mas não durou 10 dias, porque o HOSMAC não tem estrutura, não tem grades e estas pessoas tem um presunção de periculosidade, ou até periculosidade comprovada, pois já cometeram crimes, e não deu 15 dia e os próprios funcionários lá pediram a remoção. Houve agressões e ameaças. E embora o promotor e juiz tivessem agido dentro da lei, na prática não foi possível, e a própria direção do HOSMAC fez um documento dizendo que não tinham condição, não tinham estrutura e eles voltaram para a situação improvisada da Francisco de Oliveira Conde.

Pesquisadora: O senhor teve algum contato com a lei da reforma psiquiátrica de 2001?

Promotor 1: Eu tive lendo na época e isso causou uma situação aqui pois o governo do Estado queria construir hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, mas daí o próprio governador disse que não podia mais porque esta nova lei não previa este tipo de tratamento. Seria um tratamento mais liberal e extramuros. Isso aí foi usado como argumento para atrasar na construção deste hospital e até hoje não se tem falado mais isso.

Pesquisadora: E qual o seu posicionamento acerca deste indicativo de novas formas de tratamento?

Promotor 1: Olha, eu não tenho nada contra os modelos alternativos, cada caso é um caso. Eu acho que deve ter este hospital devidamente equipado com profissionais especializados para aqueles casos mais graves. A lei prevê também o tratamento ambulatorial para casos mais simples. Acho que cada caso é um caso, e os mais graves

realmente têm que permanecer detidos, agora de uma outra forma mais especializada, a gente que trabalha com o direito tem que se valer deste profissionais capacitados, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, neste caso eles é que tem que nos orientar.

Pesquisadora: E com relação a indeterminação da medida de segurança, no sentido de prazo para ela?

Promotor 1: Quanto ao prazo da medida de segurança a lei fala de um mínimo de 1 a 3 anos e eu acho razoável. Mas a própria lei fala que antes disso, se houver uma melhora substancial o próprio advogado, defensor público, promotor, autoridade administrativa também pode tomar a iniciativa de propor a desinternação ou a conversão em tratamento ambulatorial. Mas não presenciei, nem me lembro, de nenhum caso em que isto tenha ocorrido.

Pesquisadora: O senhor acha que não haver na lei a limitação de um tempo máximo isso caracterizaria prisão perpétua?

Promotor 1: Isso aí que se discute. Tem até o caso do bandido da luz vermelha que ficou 21 anos internado e saiu e ficou na casa do irmão, e brigou e saiu de casa, e com pouco tempo foi morto numa briga de bar. É a questão da periculosidade, eu acho que o psiquiatra não é nem liberal, nem positivista, ele é ciência. Então ele, junto com psicólogo e assistente social é que tem que dar a informação técnica para que o profissional do direito possa se posicionar.

Pesquisadora: E qual a visão do senhor sobre o que é loucura?

Promotor 1: No nosso caso não estamos preocupados com a loucura e sim com a periculosidade. Pode ser louco e passar o dia todo gritando desde que não cause mal a ninguém.

Pesquisadora: O senhor acha que consegue extrair algo de objetivo no exame de cessação de periculosidade?

Promotor 1: Se dali não sair elemento que comprove esta periculosidade, não vai sair de outro lugar, se o juiz não ficar satisfeito deve mandar repetir e solicitar que outros profissionais façam, o que não pode é a gente só na intuição dizer é isso ou aquilo. Em Tarauacá tinha uma senhora chamada Maria Bracinho. Ela só tinha um braço e era muito forte, o pessoal comentava que ela só batia em mulher bonita e de vez em quando ela agredia só mulher, não causava mal a ninguém. Mas depois começou a incomodar e causar lesões e eu tive que colocar uma coisa escrita e começar um inquérito policial. No início era pitoresco e depois começou a ficar sério. E depois eu não soube o que deu.

Pesquisadora: O senhor acha que há alguma incompatibilização da legislação de saúde mental com a legislação penal?

Promotor 1: Olha, eu acho que pode compatibilizar porque é aquela história, o comportamento é agressivo e atenta contra um bem jurídico caro a sociedade que é a inviolabilidade física das pessoas, então é lógico que ninguém quer tá determinando a medida de internação gratuitamente levianamente. Eu acho que deve ser uma coisa

bem... o local deve ter o máximo possível contato com a natureza, mais leve, que foge completamente a situação do Estado. Eu lhe digo, nós levamos esta situação ao governador da época e ele disse que havia tentado levantar recurso, mas com a nova lei havia sido proibido e eu pensei e como vai ficar esta situação, porque eles vão continuar improvisados dentro dos presídios em pavilhão com pessoas que cometem latrocínios e homicídios e muitas vezes eles sofrem agressão porque eles ficavam incomodando.

Pesquisadora: O senhor acredita em alguma possibilidade de tratamento deles completamente no seio familiar, com acompanhamentos em CAPS, nestes sistemas de redes de saúde?

Promotor 1: Eu acredito, são os casos ambulatoriais se não for uma coisa tão grave, a gente acredita. O receio é da recaída.

Pesquisadora: Esta recaída não pode também acontecer com o preso comum que sai?

Promotor 1: Acontece é o reincidente, agora a gente tem que trabalhar com os laudos.

Pesquisadora: O senhor que trabalhou na vara de execuções sabe dizer se estes laudos conseguiam ser produzidos no tempo previsto em lei?

Promotor 1: Não, frequentemente não eram produzidos no tempo previsto. Muitas vezes a autoridade administrativa sequer tomava a iniciativa, ela que tem ali o internado, iniciativa de pedir o laudo, de provocar ministério público ou juiz e pedir o laudo. Normalmente era alguém da família que tomava esta iniciativa.

Pesquisadora: O senhor acha que a situação desta demora e do tratamento que é dado viola a declaração dos direitos humanos?

Promotor 1: Olha eu acho que sim porque tem que construir um local adequado, cumprir passo a passo. Local adequado, com especialistas, porque realmente é uma situação muito delicada.

Pesquisadora: O senhor acha que o portador de transtorno mental tem a mesma medida de dignidade do homem são?

Promotor 1: Eu acho que ele tem até é mais porque ele não sabe o que está fazendo, o outro pelo menos sabe e ele não sabe. Então, na verdade, ele é quase como um inocente que esta sendo ali custodiado, por isso que eu acho que tem que ter um tratamento todo especial mesmo.

Pesquisadora: E a forma de cumprimento da medida de segurança de internação aqui no Estado ela atende ou viola o princípio da dignidade da pessoa humana?

Promotor 1: Ela viola, é muito precária. É numa enfermaria e não tem todos os equipamentos de um hospital, ainda mais com as peculiaridades de um hospital psiquiátrico. Eu acho que urge isso aí.

Pesquisadora: O senhor acha que teria alguma posição intermediária, não havendo hospital, alguma alternativa para o tratamento e cumprimento da medida de segurança?

Promotor 1: Olha, é o caso, nós temos a prisão domiciliar ou a custódia. Um meio termo seria o quê? Tipo estes locais de recuperação de pessoas viciadas em droga que as entidades religiosas fazem muito porque o próprio Estado se omite também. Mas eu acho que um hospital de custódia, mas que teria toda uma arquitetura voltada para isso, todo um tratamento, com estágios de liberação possível, uma coisa sei lá ecológica. É como a gente fala do presídio para o semiaberto. Teria que existir uma terapia, no caso deles alguma coisa de arte.

Pesquisadora: O senhor já refletiu alguma vez com relação ao flagrante cometido pelo portador de transtorno mental. Ele é flagrantado e é encaminhado para dentro do presídio e passa a cumprir pena. O senhor vê alguma alternativa para cessar esta prisão?

Promotor 1: Olha, o problema é aquele negócio, houve um caso aqui em que o sujeito vivia com a mãe e avó, quando chegaram lá ele havia matado a avó e estava cortando as entranhas da avó ou da mãe, comendo lá na maior tranquilidade do mundo. Este cidadão já tem que ficar isolado, normalmente já se sabe que ele tem este problema, pois já toma remédio tem receita. Então quando entrar no presídio realmente ficar isolado, muitas vezes a administração já sabe disso. Mas não tem aquele local adequado mesmo.

Pesquisadora: O senhor acha que seria viável uma alternativa de quando a pessoa for presa ser logo submetida a exame de sanidade mental?

Promotor 1: Seria bom, nem que fosse uma coisa prévia ali, provisória para já separar né? Porque a lei manda separar até os reincidentes, dos não reincidentes, hediondos e não hediondos, e isso obviamente teria que ser feito. Na prática a administração toma certos cuidados, mas não adiante ficar só no ‘dando um jeitinho’.

Pesquisadora: O senhor tem conhecimento de algum Estado no Brasil que trata de uma forma diferente?

Promotor 1: Não, eu sei que há Estados que tem hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, mas não sei como funciona.

Pesquisadora: O senhor tem alguma coisa a acrescentar?

Promotor 1: A gente tem investimento em tanta coisa, e tem que esclarecer esta dúvida, o nosso governador que até é medico colocou isso que tentou recurso para esta área. Mas tem que fazer isso com uma arquitetura mais leve para não ter a conotação de prisão, de muro, de grades, até porque isto alivia a alma deles. Isso não é bom nem para quem tem os nervos normais, imagine para quem nasceu com aquilo ou adquiriu por um trauma.

Pesquisadora: Muito obrigada.

PROMOTOR 2 – entrevista realizada em 09/12/2011 2011 (duração 15'58'')

Pesquisadora: Quantos anos de Ministério Público? E agora está na promotoria de defesa dos direitos humanos é isso?

Promotor 2: Cinco anos. No interior eu era da promotoria do tribunal do júri e criminais genéricas, em Cruzeiro do Sul. E desde que eu vim para cá, já faz dois anos que eu estou na promotoria de defesa dos direitos humanos e há um ano estou com atribuições prorrogadas para a promotoria da defesa da saúde.

Pesquisadora: Ótimo que o assunto liga as duas coisas, direitos humanos e saúde. Já houve algum caso, algum procedimento que a promotoria sob a sua atribuição tenha atuado?

Promotor 2: Pontualmente não houve atuação da promotoria, todavia nós já instauramos inquérito civil para verificar a situação da saúde mental no Estado do Acre como um todo. É um trabalho de fôlego, tendo em vista que nunca foi realizado desta forma e nós temos apenas o HOSMAC para tratar dos doentes mentais, só que lá eles não trabalham com regime de internação permanente, apenas para efeito de tratamentos temporários de crise e são coisas bastantes temporárias mesmo. Então a gente já conversou com a secretaria estadual e municipal de saúde, com o diretor do HOSMAC, com os representantes da associação dos portadores de transtorno mental e estamos tentando analisar e elaborar um cronograma para estabelecer um melhor tratamento da saúde mental no Estado do Acre.

Pesquisadora: Este procedimento foi este ano?

Promotor 2: Este procedimento é recente, ou foi ano passado (2010) ou foi este ano (2011) e nós já fizemos duas reuniões a respeito. Numa primeira reunião nós colocamos tudo o que queríamos. Numa segunda, eles nos apresentaram já um esboço. E daqui para frente estamos tentando fechar um cronograma, mas como se trata de questão de política pública, a gente sabe que é um trabalho de fôlego e a gente precisa ter paciência para implementar não de forma desregrada mas de forma consistente.

Pesquisadora: O que estaria implícito na construção deste cronograma? Seria uma rede de atendimento?

Promotor 2: A gente esta trabalhando na maior amplitude possível para depois restringir um pouco, porque a gente esta querendo abrigar tudo na realidade. Abrigar os menores adolescentes em conflito com a lei e também quem comete fato ilícito, os maiores de idade, e ainda aquelas outras pessoas que tenham problemas psiquiátricos/psicológicos e que não tenham participado de qualquer forma de ilícito. Todavia haja uma necessidade para tratá-lo e reintegrá-lo e para evitar o cometimento do próprio delito.

Pesquisadora: Aqui no Estado existem pessoas cumprindo medida de segurança de internação. O senhor sabe dizer onde eles cumprem esta medida?

Promotor 2: Hoje eles cumprem dentro do próprio presídio em uma ala que existe para eles. Dependendo da periculosidade da pessoa ela fica isolada ou então fica com outras pessoas, mas existe uma ala específica dentro de cada presídio. Em Cruzeiro do Sul, por exemplo, existia uma ala perto do regime semiaberto, mas que não há qualquer tipo de tratamento e o Estado esquece completamente estas pessoas lá. Há uma injustiça muito grande tendo em vista que nós sabemos que quem pratica o ato mais bárbaro que ele possa cometer em poucos anos pode voltar às ruas tendo em vista a progressão de regime e o livramento condicional e outros benefícios da própria LEP. Entretanto os que estão em regime de medida de segurança, não têm os mesmos benefícios porque eles têm que ser reavaliados anualmente, todavia isto não acontece e eles são esquecidos lá dentro o que é um problema muito grande e que o Estado deve agir, o ministério público deve agir, a OAB, todo mundo para que se possa dar um encaminhamento mais digno.

Pesquisadora: Não havendo este local adequado, o senhor acha que haveria alguma medida alternativa para retirar esta pessoa de dentro do presídio?

Promotor 2: Hoje é muito difícil outra alternativa no Estado do Acre porque não há nenhum estabelecimento minimamente adequado para isso, e como eles praticaram um ato ilícito eles ficam sob a responsabilidade da secretaria de segurança o que no nosso ponto de vista é um erro. Na realidade nós entendemos que eles deveriam ser acompanhados pela rede SUS, isso deveria ser uma reformulação da política pública da saúde mental no Brasil. Imagine duas pessoas portadoras da mesma doença que uma tenha cometido um ato ilícito e o outro não, esse que não cometeu vai ser tratado pela rede SUS vai ter acesso ao medicamento adequado e se for necessário, vai receber internação, ao passo que o outro que tem a mesma doença, mas que por um fato da vida tenha cometido um ato ilícito, acaba não tendo os mesmos cuidados, tendo em vista que a secretaria de saúde tem muito mais dinheiro que a secretaria de segurança e isto é notório em todo Brasil, até porque o ministério da saúde e o ministério da justiça há também uma disparidade muito grande entre orçamentos.

Pesquisadora: A psiquiatria moderna prega um tratamento, digamos assim, em meio aberto, sem internação, o senhor acha que este tratamento pode ser empregado para o portador de transtorno mental autor de injusto?

Promotor 2: Olha, sinceramente eu não posso te afirmar de forma peremptória porque há todo um complexo social baseado neste fato. Infelizmente aquele que pratica um fato ilícito, e geralmente as estatísticas informais que nós lemos, na grande maioria das vezes são praticados contra a própria família, seja o cônjuge, genitor, genitora. Em face disso a própria família do próprio autor do ilícito acaba ficando com medo de recebê-lo novamente. É preciso, uma concepção minha ainda que inicial, que tenha sim um período de afastamento. Agora não posso te dizer de forma peremptória se há necessidade de um regime fechado ou tratamento ambulatorial ou outro aspecto de tratamento, mas acredito que tem que haver sim uma espécie de afastamento até para que não haja acerramento de ânimos das pessoas da família que não foram vitimadas.

Pesquisadora: O senhor advoga a tese de que no Estado do Acre teria que haver este manicômio judiciário?

Promotor 2: Acredito que sim. É essencial, é fundamental que haja isso porque nós ainda estamos muito longe disso. Recentemente eu li uma reportagem que na realidade

há poucas pessoas cumprindo medida de segurança em tratamento ambulatorial, no Estado de Minas e no Estado da Bahia, somando ao todo, eu li que havia no máximo 270-300 pessoas somando os dois Estados, aqui eu não fiz este levantamento, mas creio que também existe uma proporção. Todavia ainda que seja de pequena proporção, é fundamental para que se tente uma reinserção destas pessoas dentro do convívio social, seja tratando, seja medicando, e o modo que eu vejo é realmente o SUS atender esta pessoa de forma digna, porque eles ficarem internado, eles jamais receberão tratamento e não poderão ser reinseridos de forma digna.

Pesquisadora: O Senhor acha que esta situação atenta ou não ao princípio da dignidade da pessoa humana?

Promotor 2: Sem dúvida nenhuma. Apesar de muitas pessoas estarem usando o princípio da dignidade da pessoa humana como uma carta coringa para tudo, eu vejo que neste ponto é realmente um ferimento ao princípio da dignidade da pessoa humana tendo em vista que ele acaba sendo tratado como um bicho na realidade. O Estado esquece deles, eles não obtêm o tratamento para que possam se recuperar totalmente. Nós sabemos que existem casos de doenças mentais congênitas e outras adquiridas, e tanto em uma como em outra é preciso o tratamento para que haja uma convivência pacífica no seio social. E quando o Estado os coloca presos em algum lugar, mantidos em cárcere, apenas está denegando um direito naturalmente concedido a estas pessoas.

Pesquisadora: O senhor conhece alguma forma de tratamento diferente daqui é feito aqui em outro Estado do Brasil?

Promotor 2: Sinceramente não conheço outra forma de tratamento em outro Estado.

Pesquisadora: O senhor tem mais alguma outra coisa a acrescentar, por às vezes ter lidado diretamente com alguém na penitenciária?

Promotor 2: Aqui principalmente na promotoria da saúde por vezes chegam mães ou parentes aqui assustados com a agressividade do filho ou da filha portador de transtorno mental e que de repente fica violento e tentam de alguma forma internar no HOSMAC e não é possível. Então há uma dificuldade muito grande neste aspecto de poder dar um tratamento mais adequado e nós ficamos sem saber o que fazer, tendo em vista que a intervenção corporal através de medicamento gera um desgaste muito grande, apesar de ser necessário. Caso haja a implantação da saúde mental eu creio que isso vai melhorar bastante e eu espero que dentro de pouco tempo a gente possa estabelecer este programa de tratamento a saúde mental aqui no Estado do Acre.

Pesquisadora: Apenas aproveitando, o senhor sabe dizer se há aqui em Rio Branco a construção dos CAPS de atendimento?

Promotor 2: Aqui a gente está tentando, existe os CAPS os CREAS mas não funcionam como deveriam funcionar. E sempre a desculpa ou justificativa para isso é que não há orçamento para contratar equipe multidisciplinar. Existe poucos CAPS, o próprio modelo do CAPSad aqui não funciona porque fecha às 18:00 e não abre no final de semana, assim eles funcionam mais para aqueles usuários de maconha, aqueles que consomem álcool e drogas mais forte não recebem ajuda do CAPSad. No Estado do Acre apenas a cidade de Porto Walter, de acordo com o que foi informado ao ministério

da saúde, não tem CAPS. Mas eu andei conversando com outros colegas que disseram que não existem CAPS nas cidades do interior, apesar de ter sido informado no ministério da saúde.

Pesquisadora: Muito Obrigada.

PROMOTOR 3 – entrevista realizada em 30/01/2012 (duração 11'49'')

Pesquisadora: Na sua experiência na execução penal poderia esclarecer como se dá o cumprimento da medida de segurança de internação aqui em Rio Branco?

Promotor 3: Estes nove anos que estou no ministério público, sempre atuei na área criminal. Estes últimos dois anos tenho mais experiência na vara de execuções, mas também tenho nas varas genéricas porque já acompanhei vários processos sendo sentenciados, inclusive com a aplicação da medida de segurança. Então de um modo geral eu posso dizer que aqui não tem hospital psiquiátrico, então aquelas pessoas que são consideradas inimputáveis são encaminhadas para o presídio e lá permanecem cumprindo a medida de segurança.

Pesquisadora: Tem alguma localização diferente no presídio ou ficam juntos com os presos comuns?

Promotor 3: Não tem um local diferenciado para que eles permaneçam. Na verdade o que existe é colocar o preso naquela cela onde os presos são, digamos assim, menos perigosos para permanecer com eles. Aqueles que em tese concordam também ficar com o preso inimputável, porque normalmente o preso inimputável ele não tem muito horário para dormir, e ele, digamos assim, ele perturba também a tranquilidade de outros presos e por isso também ele, muitas vezes, é objeto até de violência. Então não tem um local específico, nem mesmo no presídio, para eles permaneçam só. Mas também eles precisam ficar com outras pessoas que de qualquer modo ajudem a eles também a tomar o medicamento. Então eles são preferencialmente colocados junto com presos menos perigosos que não ofereçam risco para ele.

Pesquisadora: O que a senhora acha desta situação aqui em Rio Branco?

Promotor 3: Terrível. Na verdade já há um ano ou um pouco mais, depois até de ver realmente e presenciar a situação de sofrimento dos presos ali no presídio já algumas vezes, e vendo que muitos deles têm familiares, e isso aí foi uma das coisas mais importantes, porque na verdade eles além de ficar em local inadequado, porque o presídio não tem condições de recebê-los lá, eles também não recebem tratamento médico, o que é o pior, além deles estarem já em local impróprio, a falta de medicamento que na verdade piora o quadro deles, e normalmente eles são alvos de violência física e sexual ali. Então assim, nas idas ao presídio, por estar na vara de execuções penal, de presenciar esta situação caótica deles, é que nós fizemos até um mutirão mesmo, chamamos o psiquiatra que na época atuava até no presídio, o psicólogo, o assistente social e junto com a juíza nós chegamos à conclusão que o ideal seria, principalmente aqueles que já estavam ali há algum tempo, e que a família estava comprometida com o acompanhamento deles que eles recebessem tratamento ambulatorial. No primeiro momento a gente liberou eles daquilo que se chama de

internação, mas na verdade não era, era prisão pura e simples, e passamos a acompanhá-los ali normalmente de 15 em 15 dias em um primeiro momento, posteriormente este prazo foi se alongando. Mas com esse compromisso então da família de levá-los mensalmente ao psiquiatra, ao hospital psiquiátrico, levar os relatórios para a gente, e o psicólogo e o assistente social do Fórum ir acompanhar isso com um espaço de tempo pequeno e nos fornecer relatório. E a família tava tendo este contato conosco. Desses todos que liberou no primeiro momento, salvo engano foram 17, apenas um retornou, por um fato de um furto de um televisor. Os demais, a grande maioria deles envolvido em homicídio, que o normal é que seja por homicídio, nenhum retornou, todos estão bem, em casa, todos com acompanhamento dos familiares, tomando medicamento. Então assim pode dizer que hoje eles estão com a saúde controlada e a periculosidade sobre controle também. Assim, eu vi que não tinha condições mesmo. Eu acredito que num primeiro momento é complicado a gente colocar imediatamente com os familiares. Mas pelo menos num segundo momento quando pelo menos ali aquelas consequências mais imediatas do crime já passou, porque normalmente as pessoas submetidas à medida de segurança as grandes vítimas são normalmente pessoas muito próximas, são familiares. Então assim aquela primeira impressão negativa da família já passou, a família às vezes até já conseguiu assimilar aquilo ali e consegue receber de volta aquela pessoa, porque muitas vezes num primeiro momento os familiares também não querem. Eu pelo menos cheguei à conclusão que o melhor lugar seria que ele permanecer com os familiares e ser submetido a tratamento ambulatorial porque o presídio esta super lotado e não tem condições [sic], eles são alvo realmente de violação. Se aqueles que já estão no presídio já sofrem naturalmente, eles sofrem ainda mais.

Pesquisadora: A reforma psiquiátrica de 2001 fez toda uma mudança na lei de saúde mental propondo um tratamento em meio aberto para os portadores de transtornos mentais. A senhora acha que este tratamento pode ser estendido para os portadores de transtornos mentais autores de injusto penal?

Promotor 3: Acredito que sim, principalmente na nossa situação, na nossa realidade. Eu não acredito que aqui vai ser construído um hospital de custódia, até porque a nossa quantidade de presos submetidos à medida de segurança é pequena, então não se vai fazer. Sequer se constrói presídios ou querem fazer reformas, então isso não vai ter. Então, pelo menos, para nossa realidade local aqui eu acredito que, pelo menos, a gente esta vivendo isso na prática. Porque essas pessoas que a gente entendeu por liberá-las, todas elas, o que me chocou mais é ver que anualmente elas eram submetidas à perícia médica e que a perícia retornava para a gente e parecia que era sempre uma cópia do ano anterior. Eles nunca estavam prontos para ser colocados em tratamento ambulatorial. Não sei se porque realmente eles não eram submetidos à perícia de verdade como deveria ser, não sei se porque eles não estavam recebendo medicamento então por isso eles sempre naquela situação de transtorno mesmo. Mas o fato é que estas pessoas, com apoio dos familiares, porque acho que isso é primordial, chamar a família e a família realmente assumir esse compromisso, ou pelo menos pessoas muito próximas que se disponham a fazer. Eu acredito que para nossa realidade funciona sim e eu acho até que é uma questão de respeitar a dignidade humana porque ali não há respeito à dignidade humana da pessoa submetida à medida de segurança.

Pesquisadora: A senhora falou que o número de casos é pequeno. A senhora acha que há algum motivo pra este número ser pequeno? Não há portadores de transtornos mentais aqui ou existe algum outro motivo para isso?

Promotor 3: Eu não saberia dizer exatamente até porque não é a minha área. Eu não sei aquelas pessoas que foram que cometeram o crime e que durante o processo se entendeu que elas eram na verdade inimputáveis não são muitos os casos. Eu trabalhei sete anos na vara do tribunal do júri e foram poucos os casos ali que houve essa absolvição imprópria e a aplicação da medida de segurança. Eu não saberia dizer assim exatamente se esse quantitativo não representa realmente a realidade, eu não saberia. Eu sei também de muitas pessoas que são condenadas normalmente e posteriormente começam a apresentar quadros ali de transtorno mental isso aí eu acredito que existe muitos casos e esses talvez sejam mais difícil de diagnosticar porque na verdade mesmo aqueles que entram como medida de segurança já não tem tratamento adequado, aquele que posteriormente começa a desenvolver esse quadro eu acho então que esse provavelmente não recebe nenhum tipo de tratamento porque essa é uma realidade mesmo, então eu não saberia te dizer exatamente.

Pesquisadora: Nestes processos sem ser na vara de execução, já teve alguma vez que a senhora verificou que o juiz deixou de aplicar a medida de segurança de internação em razão de não haver local adequado e optou por aplicar medida ambulatorial?

Promotor 3: Sim, principalmente ali no tribunal do júri eu já vi vários juízes entendendo e tendo este posicionamento. Inclusive Dr. Gustavo Sirena, na época eu trabalhei com ele, e até comigo mesmo, ele veio discutir sobre esta situação e nós chegamos à conclusão que apesar da gravidade, mas era também uma pessoa que desde o início apresentava condições até favoráveis de permanecer em casa. Ele não tinha aquela periculosidade latente e tinha a impressão de ser um fato isolado na vida dele até por provocação mesmo, mas estava sob uso de medicamento e assim tinha familiares dispostos realmente a prestar auxílio, pessoas inclusive assim que tinha uma certa cultura ali para acompanhar tratamento médico e tudo. A gente entendeu em alguns casos que passaram ali de aplicar tratamento ambulatorial.

Pesquisadora: A senhora achar que há alguma incongruência entre a legislação penal com a legislação de saúde mental?

Promotor 3: Eu acho que se houvesse aqui na verdade, se tivesse como a gente cumprir a lei de execução penal, tratamento em hospital de custódia como a lei diz, ou um local adequado, eu acredito que seria o ideal realmente. O grande problema que eu acho aqui no Acre é que aqui não tem. Então assim, além de não ter, o nosso presídio já está assim, a população carcerária é muito grande. Então, assim, para os próprios presos que não são de medida de segurança já não está em uma situação adequada, então para essas pessoas para misturar com estes outros presos que são pessoas perigosas que são pessoas que cometeram crime grave então assim, não poderia se misturar de forma alguma porque aqui nós nem temos hospital de custódia nem um local adequado. Então ali é um local que fere totalmente a dignidade do preso submetido à medida de segurança.

Pesquisadora: A senhora acha que é imprescindível a construção de um hospital de custódia aqui no Estado?

Promotor 3: Eu já achei em outros tempos que seria, hoje eu já não vejo assim mais. Hoje eu acredito que pelo menos a se permanecer dessa forma assim que não é um

quantitativo tão grande, que haveria possibilidade sim de mantê-lo em meio aberto para esse tratamento ambulatorial.

Pesquisadora: Conhece alguma situação diferente em outro Estado do Brasil que trate isso de maneira distinta daquela que é feita aqui?

Promotor 3: Eu não conheço assim a realidade de outros Estados, como é que eles trabalham não.

Pesquisadora: Nunca ouviu falar de algum programa diferente, alternativo?

Promotor 3: Não, não sei.

Pesquisadora: Doutora a senhora tem alguma coisa mais a acrescentar?

Promotor 3: Não, acho que é só isso mesmo.

Pesquisadora: Muito obrigada.

Anexo F - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS DEFENSORES PÚBLICOS

DEFENSOR 1 – entrevista realizada em 17/11/2011(duração 43'55'')

Pesquisadora: Boa tarde. O senhor com 14 anos de experiência na defensoria pública, muitos deles na área criminal. O universo da nossa pesquisa é sobre os portadores de transtornos mentais que cometeram injusto penal aqui em Rio Branco. O senhor teve algum contato com este tipo de processo, teve algum caso?

Defensor 1: Teve um caso muito grave que despertou minha preocupação com o problema dos doentes mentais que respondem a processo criminal. Eu acho até que você já ouviu falar dele. É aquele caso de Tarauacá. Esse foi o primeiro caso que eu tomei conhecimento aqui no Estado do Acre e que me chamou bastante atenção e que me sensibilizou. Quando eu cheguei em Tarauacá para resolver outros problemas, soube que eles estavam presos na delegacia e eu fui visitá-los. Quando os visitei me dei conta que não eram pessoas perigosas, que não eram pessoas portadoras de doença mental, mas que possivelmente teriam passado por um transtorno mental momentâneo. Isso foi apenas uma intuição minha, pois não tinha conhecimento doutrinário da questão. Mas eu intuía que o gravíssimo crime que praticaram onde mataram filhos, mulheres, parentes, foram seis homicídios, eu me dei conta que aquilo poderia ter sido um problema de loucura. Mas não conhecia a literatura sobre o tema.

Uma vez nomeado para fazer a defesa, porque não tinha defensor no município na época, eu pensei que teria que fazer uma defesa para além do código penal e precisava estudar questões de psiquiatria e de religião. Isso ocorreu em 1998. E desde então comecei a estudar, entrevistar pastores, frequentar igrejas pentecostais porque eles eram integrantes de uma igreja pentecostal chamada Igreja Unida do Brasil. Li livros sobre as igrejas pentecostais, o modo como os pentecostais operam e tive oportunidade de conversar com um pastor amigo da Igreja Adventista, da qual eu fazia parte, em Brasília, que é um homem muito estudioso de religião. Li muito sobre este tema e aí tive oportunidade de ir a um congresso da defensoria pública em Punta Del Leste e nesta ida fui a um sebo e encontrei um manual antigo de psiquiatria e para minha surpresa lá encontrei o diagnóstico da doença que eu intuía que fosse um transtorno mental temporário, passageiro, então lá estava a doença chamada foliade que foi diagnosticada pela primeira vez na França em 1868 (foliade = fobia a dois, alguém portador de transtorno mental vai contaminando os outros do grupo), e com isso me dei conta da situação. Eu estava me preparando para o júri. Foi quando eu obtive a primeira fonte bibliográfica. Já parti então deste ponto que eles teriam tido uma loucura coletiva momentânea. Depois disso tive acesso a um site de psiquiatria de um psiquiatra da UNICAMP chamado Jose Geraldo Balone, um psiquiatra conceituadíssimo que tem o melhor site de psiquiatria da língua portuguesa. E aí eu liguei para ele e contei o caso e ele se interessou. Mandeí uma cópia do processo e depois que ele leu o caso ficou tão entusiasmado que eu o convidei para ir a Tarauacá falar sobre a situação. Ele foi comigo no dia do julgamento. Eu não o arrolei como testemunha, mas eu fiz questão que ele fosse falar com os acusados para me dar um parecer sobre realmente o que tinha se passado. Mas já havia um laudo psiquiátrico dizendo que eles passaram por uma síndrome psicótica induzida, isso já depois da pesquisa que eu já tinha feito, o laudo médico coincidiu com o que eu já tinha pesquisado. Uma loucura a dois que na literatura é chamada de síndrome da psicose induzida, é uma psicose, que é a doença

mais grave. Então o Dr Balone confirmou o laudo, e ainda disse que eles ainda acreditavam que o delírio tinha sido real. Por exemplo, havia uma pessoa que dizia “Eu vi o demônio, e o bicho era muito feio”. Então esta pessoa ainda dava este testemunho, mesmo tendo passado a crise do delírio.

Falei com o juiz para que ele ouvisse o psiquiatra como testemunha do juízo, e ele concordou, apesar dos protestos do ministério público que eram terríveis. Na verdade, mesmo havendo um laudo psiquiátrico dizendo que eles passaram por um transtorno psicótico induzido, mesmo havendo um psiquiatra de renome que poderia esclarecer o caso os promotores resistiam que isso fosse esclarecido. Isto é queriam que eles fossem julgados apenas pelo fato, sem se preocupar com o homem do fato. O que eu noto é que eles em regra se preocupam com o fato e não com quem praticou o fato. O psiquiatra deu seu depoimento de forma muito didática. O Fórum estava lotado. Isso me chamou atenção, pois antes do depoimento dele a população tinha os acusados como monstros, e depois disso ele fez mudar a visão da população sobre os acusados, que passou a ver a situação sob um ângulo mais humano e, sobretudo, aceitou a explicação científica do que ele disse. Na realidade eles não eram nem para terem sido levados a júri. Na época uma vez constatada a inimizabilidade por problema mental o juiz impronunciava, aliás absolvía sumariamente, era o que o juiz devia ter feito, mas o juiz pronunciou e mandou para o júri. Foi um dos júris mais longos da história do Acre, foram 08 dias de júris, e mesmo havendo laudo dizendo que eles eram inimputáveis, dois deles foram considerados semi-imputáveis. Então absolvemos 4 por inimizabilidade e 2 foram condenados por semi-imizabilidade, o que era uma contradição com o laudo. Então entrei com recurso de apelação e consegui anular o julgamento e fomos a novo júri e todos foram absolvidos, absolvição imprópria com aplicação da medida de segurança ambulatorial. Esta é a questão. A pergunta do juiz era “Eles são perigosos? Eles podem cometer outro crime?” Ai o psiquiatra deu uma resposta que eu nunca esqueço, “Olha doutor a possibilidade que eles têm de cometer outro crime é a possibilidade que o senhor ou eu temos de cometer um crime porque eles passaram por uma síndrome psicótica induzida cujo efeito dura 30 dias, depois disso a crise passa” e já se passaram mais de 10 anos e eles não voltaram a cometer crime, pelo contrário, eles trabalham e cuidam da família. Tem um deles que matou o próprio filho pisoteando e tem hoje um pequeno negócio na estrada entre Tarauacá para Cruzeiro do Sul. O Dr Anastácio, juiz, era um jovem de 23 anos na época e foi de grande sensibilidade porque aceitou ouvir o psiquiatra contra os dois representantes do ministério público, e aplicou o ambulatorial mesmo eles tendo cometidos crimes que as pessoas os chamavam de monstros, o crime repercutiu no Brasil inteiro e saiu no Programa do Ratinho.

Então o que acontece, os juízes querem em regra a existência de um manicômio mesmo quando não há mais em regra previsão para construção de novos manicômios. Depois deste julgamento o que eu constatei é que os juízes em regra resistem quando se suscita um incidente de insanidade mental, isso porque eles ficam muito preocupados apenas com o fato, eles nunca querem saber o que está se passado com o homem. Também observei que os promotores não tinham conhecimento desta área e não estudaram este tema e confundem debilidade mental com doença psiquiátrica, eles confundem debilidade mental (retardo) com a doença mental, que é completamente diferente. Eu me recordo que um deles dizia, mas eles não rasgam dinheiro, numa confusão total.

Pesquisadora: Hoje no Acre não há manicômio, mas existe gente cumprindo medida de segurança de internação, onde eles cumprem?

Defensor 1: No presídio, isso é lamentável. Porque a visão dos juízes é a visão da prisão, então eles acham que estas pessoas têm que cumprir. Recentemente entrei com incidente de insanidade mental de um jovem portador do transtorno bipolar porque a família me trouxe subsídios antes para mim (atestados médicos, ida ao HOSMAC). Mas muitas vezes juízes e promotores dizem que já passou a oportunidade de falar sobre o transtorno, nós agora já estamos em alegações finais. Ora, o transtorno mental pode ser alegado a qualquer momento porque não interessa ao Estado condenar alguém que tenha transtorno mental e que seja inimputável.

Pesquisadora: Na visão do senhor, não havendo aqui no Estado um hospital de custódia e por outro lado, estando eles hoje dentro do presídio, haveria alguma alternativa para isso?

Defensor 1: O problema eu acho que é a mentalidade dos juízes, e o problema é que as instituições não dialogam, não há diálogo do ministério público, do poder judiciário, da defensoria pública. Cada um fica na sua posição com a sua visão às vezes equivocada. O que eu percebo é que os juízes ficam na expectativa de que haja algum dia um manicômio judiciário para lá eles colocarem as pessoas sobre quem se suscita um incidente de insanidade mental. Eles não conseguem entender que a política de saúde mental é antimanicomial e que só faz sentido colocar em uma casa de custódia ou em uma prisão alguém que seja realmente perigoso furioso. Mas a maioria destas pessoas não é, e poderia tranquilamente ser colocadas em um local adequado como diz o próprio CPP. Pois o CPP diz que em uma vez suscitado um incidente de insanidade mental, o réu não pode ficar na prisão onde se encontra, ele deve ser colocado em um local adequado e um local adequado seria a própria residência do acusado. Ficaria preso numa prisão domiciliar e recebendo tratamento ambulatorial. Pois bem este caso ao que eu me referi, este jovem com problemas mentais, a mãe esta diariamente no Fórum dizendo que o filho não dorme, que precisa receber tratamento e medicação cotidiana e ele está no presídio perturbado e perturbando os próprios presos.

Pesquisadora: O senhor acha que seria interessante fazer um exame de sanidade mental em todo e qualquer preso no mesmo momento em que é feito o exame físico antes de levá-lo ao presídio?

Defensor 1: Eu acho que seria ideal que toda a pessoa cometesse um crime fosse submetido a um exame de sanidade mental. Se nós fossemos um país rico isso seria o ideal porque o cometimento de um crime, especialmente os crimes mais graves já é uma manifestação de uma possibilidade de uma insanidade mental. Então o ideal era que toda pessoa que cometesse um crime fosse submetida a um exame de insanidade mental, até mesmo para que o Estado quando condenasse esta hipótese já tivesse descartada. Hoje fiz uma audiência em que de repente chega para a audiência um jovem pobre, mas elegantemente vestido, aquele típico do evangélico, camisa de mangas compridas, bem vestido. Tanto que o policial que o prendeu olhou demoradamente e ficou em dúvida se se tratava [sic] da mesma pessoa. Quando ele foi interrogado ele disse “Eu era um menino de rua e usava drogas a época dos fatos, eu usei drogas dos 8 aos 21 anos, estou com 22, me converti na prisão, mas uso drogas desde os 8 anos de idade”. Ora, se ele usou drogas dos 8 aos 21 anos de idade, com certeza à época dos fatos ele poderia ser um inimputável ou semi-imputável, e não é pela loucura, mas é pela incapacidade de discernimento, isto é por falta de capacidade de determinar-se. É outra coisa que o juiz não consegue entender. Por exemplo, quando eu digo que ele pode ser um inimputável,

semi-imputável pelo uso de drogas, ele pode não ter capacidade de determinar-se. E o juiz indefere o pedido e diz ‘não ele está bem localizado no tempo e no espaço e não tem problemas mentais’. E aí o juiz quer se colocar na condição de psiquiatra e não faz o exame psiquiátrico de alguém que se declarou dependente químico, e a gente sabe que às vezes a dependência química se instala com uma única experiência, ainda mais quando usou droga dos 8 aos 21 anos.

Pesquisadora: O senhor acha que tinha que haver uma reforma na legislação penal?

Defensor 1: Na realidade o que se precisa é a conscientização dos operadores do direito, porque a legislação é absolutamente clara sobre isso. A medida prevê internação, mas a legislação subsequente já não admite mais. Elas são conflitantes porque o código penal é de 1940 e o avanço da medicina psiquiátrica na década de 50-60 é infinitamente superior ao progresso que teve a medicina psiquiátrica até então.

Pesquisadora: Então o senhor acha que a legislação penal precisava ser reformada?

Defensor 1: Precisava. Mas eu acho que se os juízes estivessem atualizados sobre a questão de saúde mental acho que eles poderiam analisar e fazer a interpretação do CPP à luz da nova legislação de saúde mental.

Pesquisadora: Então o senhor é favorável ao tratamento em meio aberto?

Defensor 1: Com certeza sou favorável ao tratamento ambulatorial. Eu sou a favor de que o tratamento seja ambulatorial, mas a minha preocupação maior hoje não é nem com os problemas de pessoas portadoras de doença mental, minha preocupação hoje é muito maior com os dependentes químicos. Porque eu vejo que 90% das pessoas que respondem a processos criminais, não na área de drogas, mas que cometem crimes e os mais violentos e crimes comuns o fazem porque estão sobre efeito de droga e, sobretudo, porque são portadores de dependência química que é praticamente hoje uma epidemia. Então os juízes não estão preparados para isso, para esta nova situação. Eles querem sempre aplicar pena, nunca se dispõe, há uma resistência muito grande a fazer o exame de dependência química, toxicológico, o que anularia o processo, porque é um cerceamento de defesa. O réu, quando chega a polícia e diz ‘Eu sou um usuário de drogas’, caberia obrigatoriamente suscitar um exame de dependência química de ofício para saber se realmente aquela pessoa cometeu o crime e tinha capacidade para responder por aquele crime.

Pesquisadora: Às vezes a gente suscita isso no curso do processo e o processo demora muito pela dificuldade na produção do laudo aqui no Estado pelo escasso número de profissionais...

Defensor 1: Na realidade não há laudos, o que são apresentados como laudos, não são laudos, não tem discussão, na realidade eles se limitam a dar respostas monossilábicas aos quesitos SIM ou NÃO, na realidade não há nenhuma discussão.

Pesquisadora: Então o senhor proporia uma discussão sobre a forma em que o laudo é apresentado?

Defensor 1: Também, os laudos são muito fracos. Aqui há apenas dois profissionais que fazem estes laudos e mesmo assim, não considero como laudos. Hoje, por exemplo, um dos casos em que eu suscitei a assessora do juiz veio me trazer o laudo, e você precisava ver que não dizia nada, ela terminou admitindo que poderia ser uma semi-imputabilidade, mas isto não estava dito no laudo, nem tava dizendo que ele era imputável, nem semi-imputável, terminava realmente o juiz decidindo sem se valer do laudo, porque o laudo era de uma precariedade muito grande. Então a primeira coisa que teria que haver aqui no Estado do Acre era que o Tribunal preparasse ou contratasse psiquiatras e psicólogos com habilidade técnica para fazer estes laudos. Por exemplo, eu tive contato com uma psiquiatra do Rio Grande do Sul que me valia de um laudo dela para fazer um júri em Senador Guiomard de uma mulher. Nos casos de estupro os juízes decidem com base na palavra da vítima, mas hoje existe um laudo que é feito chamado síndrome do trauma, quem passou por um trauma fica obviamente com sequelas, e isso em um laudo técnico psiquiátrico pode ser constatado, e eu mantive contato com esta psiquiatra do Rio Grande do Sul e, para minha surpresa, me deu conta que lá os psiquiatras são contratados pelo próprio tribunal de justiça e ela me recomendou que não precisava de casa de custódia, bastava pegar estes prédios existentes atualmente no Estado e transformar em local para dar tratamento ambulatorial, como nos casos das CAPS atualmente, residências terapêuticas. Então nestes lugares se poderia fazer o tratamento destas pessoas que cometessem crimes e não tão somente mandá-los para a penitenciária, como fazem os juízes atualmente, botam numa ala reservada, mas mesmo assim fica no contato que é muito negativo para quem está portando uma doença mental.

Pesquisadora: E com relação à medida de segurança e a indeterminação de seu tempo de cumprimento?

Defensor 1: O Brasil tem um caso muito conhecido “índio do Brasil” este homem ficou 50 anos em uma medida de segurança, foi preso em 1926 e ficou até os anos 70 preso. Depois o Supremo abordou esta questão. Ora, se uma pessoa não pode ficar presa no Brasil por mais de 30 anos, porque ficar uma medida de segurança mais de 30 anos? Caracterizaria uma prisão perpétua, então eu realmente sou favorável que a medida de segurança tenha um limite e que este limite seja, pelo menos, o da prisão que é o art. 75 do Código Penal que prevê que a pena não pode passar de 30 anos. Então realmente a medida de segurança por mais de 30 anos é uma coisa terrível. Agora sobre isso eu tive contato com outro tipo de literatura ‘Eu, Pierre Rivieri’ de Foucault, onde ele demonstra claramente que a pessoa pode ter preservada a sua capacidade intelectual e mesmo assim ter um problema de saúde mental, e é muito importante para que os operadores do direito tenham esta consciência de que realmente não é necessariamente uma pessoa que possa ser portadora de transtorno mental. É o caso de Hemingway, prêmio nobel de literatura, que deu um tiro no ouvido numa crise de paranóia.

Pesquisadora: Depois de falarmos tanto sobre o transtorno mental, qual a visão do senhor sobre a loucura?

Defensor 1: Eu não tenho formação para isso, mas só curiosidade como advogado criminalista que tem que enfrentar questões como esta. E eu tenha a impressão que eu fui o primeiro defensor público no Estado do Acre a suscitar o debate da questão da loucura e do cometimento de crime, porque eu me recordo que eu fiz um debate com uma juíza que já era juíza criminal há 28 anos e ela nunca tinha pego um caso de

incidente de insanidade mental no Estado do Acre, o que significava que só se suscitava casos de insanidade mental quando as pessoas viam o infrator portador de uma debilidade mental, não se suscitava o incidente de insanidade mental quando a pessoa era portador de uma psicose, de um transtorno psicótico.

Isso ficou muito claro para mim no exemplo que o Geraldo Balone me deu para demonstrar o que era o psicótico, que é uma doença mais grave, ele me disse “Ora uma pessoa que sofre de paranóia de repente pode invadir uma casa de alguém dizendo que esta sendo perseguido por extraterrenos na cabeça dele ele esta sendo perseguido, e por isso refugia-se e comete crime de invasão de domicílio”. Você pode dizer que ela não tem inteligência? Ele tem perfeita inteligência, as faculdades intelectivas estão preservadas perfeitamente, mas ele é um louco. A loucura na minha visão é esta desconexão com a realidade, o mundo do portador da loucura não corresponde à realidade e por isso ele comete o crime.

Pesquisadora: O senhor acha que a lei de reforma psiquiátrica atende à proteção dos portadores de transtornos mentais?

Defensor 1: Eu li com muito gosto a lei da reforma psiquiátrica e fiquei entusiasmado porque pensei que agora as pessoas portadoras de transtornos mentais não vão sofrer tanto quanto sofrem até hoje no sistema penitenciário. Você sabe que o percentual de pessoas com transtorno mental é muito grande. O Taborda diz que chega a 10% da população carcerária e pode chegar até mais. Se no Acre tem 4000 presos teríamos 400 pessoas, por baixo, com problemas de saúde mental. E daí você tem que considerar que além das pessoas que entram no sistema porque cometeram crime por doença mental, existe aqueles que têm problema pré-existente e o próprio encarceramento é o fato extressor que o leva a desencadear o transtorno mental. Se você for fazer a pesquisa hoje de quem esta cumprindo medida de segurança deve ser uns 5 ou 6, 7, 8, no máximo, porque a regra é não fazer o exame de insanidade mental.

Pesquisadora: Então o senhor acha que o número reduzido de pessoas cumprindo de medida de segurança não é pela não manifestação do transtorno, mas é pela inexistência do laudo que verifique isso?

Defensor 1: E também tem outro aspecto, o que eu constato é que a culpa não é só de juízes e promotores, mas os defensores também não suscitam o exame e também têm pouca formação técnica sobre isso. Em regra, os colegas não suscitam exame de dependência nos crimes de tráfico, que é uma tese fantástica de defesa, tanto para quem comete crime de drogas, como para quem comete crimes comuns. Mas os colegas não suscitam o incidente de dependência química, este exame que ensinaria inclusive recursos especiais e extraordinários pela falta de existência do laudo.

Pesquisadora: Mas na medida em que você suscita o laudo a pessoa deveria ser colocada em um local isolado, isso é feito aqui?

Defensor 1: Não, os juízes resistem. Eles em regra indeferem a realização do exame.

Pesquisadora: E quando é deferido, esta pessoa é afastada para um local específico?

Defensor 1: Esse é o problema. Existe uma ignorância muito grande inclusive dos juízes sobre isso. Inúmeras vezes quando eu suscitava o exame de dependência química

de um acusado por tráfico de droga, o juiz mandava processar erradamente, ele processava um exame toxicológico, que é um exame bioquímico. Ele não consegue fazer a separação do exame psiquiátrico de dependência química, do exame bioquímico que é o toxicológico. Então se fizer uma pesquisa na vara de tóxico você vai constatar que todos os processos em que foram suscitados incidentes de dependência química, o juiz mandava suscitar erroneamente como toxicológico e ao invés de mandar fazer um laudo por dois psiquiatras mandava fazer por peritos bioquímicos. Então existe ignorância muito grande sobre isso. E nós precisamos avançar muito. Eu vi o ministro da saúde já trazendo uma discussão sobre isso e talvez isso suscite debate na área criminal. Eu acho que faz sentido que elas sejam internadas compulsoriamente. O juiz alega, o atraso no julgamento do processo foi ocasionado pela defesa. Negativo. Mesmo quando o advogado suscita o exame de dependência química, e realmente existe indício neste sentido, ora ao Estado não interessa condenar alguém portador de uma loucura, tem um vício de capacidade, ainda mais quando esta doença é de notificação compulsória. Então se o advogado suscita o exame não pode dizer que é o advogado quem demorou o processo, pois aquilo é questão de interesse público. Então a pessoa deveria ser colocada imediatamente em liberdade enquanto espera o resultado do exame se há excesso de prazo.

Então no Estado do Acre nós estamos numa situação de primariedade nesta questão, eu não sei a realidade de outros Estados, mas parece-me que não é diferente. O que eu conheço é a realidade daqui e de Rondônia e lá também não tem casa de custódia e raramente se suscitava um incidente de insanidade mental de uma pessoa, porque é muito mais cômodo condenar e mandar para prisão.

Pesquisadora: Depois de toda esta reflexão, o senhor acha que a forma como hoje é tratada a medida de segurança de internação no Estado do Acre, ela atende ou viola o princípio da dignidade da pessoa humana?

Defensor 1: Pelo contrário viola o princípio da dignidade da pessoa humana porque além de não ter realmente uma estrutura, porque veja bem, como os direitos dos portadores de transtornos mentais que cometem crime tem sua dignidade violada aqui é duplamente, primeiro não há uma estrutura do Estado para fornecer os laudos que realmente afirmam a capacidade destas pessoas, e uma vez condenadas ou absolvidas recebendo a medida de segurança ficam no sistema de penitenciário, sendo contaminada, prejudicando a sua própria saúde e contaminando, porque a doença mental é também contagiosa. Então eu acho que é uma violação da dignidade da pessoa humana.

Pesquisadora: Eu agradeço muito. O senhor tem mais alguma coisa a acrescentar?

Defensor 1: Não, eu acho que é isso mesmo.

DEFENSOR 2 – entrevista realizada em 16/01/2012 (duração 27' 58'')

Pesquisadora: Boa tarde. Quantos anos já de defensoria e como defensor da execução penal?

Defensor 2: Como defensor seis anos e alguns meses e cinco anos na execução penal em Rio Branco.

Pesquisadora: Nestes seis anos, o senhor já deve ter se deparado com os casos das pessoas portadoras de transtorno mental que praticam injusto penal aqui na cidade de Rio Branco. O senhor poderia relatar um pouco desses casos, como se dá o cumprimento da medida de segurança aqui em Rio Branco?

Defensor 2: Uma curiosidade destes casos de medida de segurança aqui em Rio Branco é que primeiramente são poucos, encarcerados hoje não vão chegar a 8 apenados. São pessoas que não têm histórico de violência anterior, são pessoas que vivem com as famílias, as famílias são relativamente estruturadas e por um azar do destino cometeram uma infração penal. E esta infração, como não cabe a prisão, aplicam a chamada medida de segurança. E o que a gente observa no decorrer de um período é que muitos ficaram presos até, se for fazer analogia com aqueles que praticaram crimes, os imputáveis, eles ficaram mais tempo presos do que propriamente aquela pessoa imputável. Então a pessoa que não tem acesso a higiene e medicamento e cumpre uma pena até pior do que aquele que tem as condições de sanidade mais favoráveis a ele. E a gente observa também uma coisa através de registro de psiquiatras que a situação de cárcere, por si só, acarreta problemas de ordens psicóticos e psicológicos. No caso específico dos inimputáveis são pessoas que têm muitos problemas no presídio, porque o medicamento não chega a ele ou quando chega outro preso toma dele, pois geralmente é um tranquilizante, um psicotrópico e aquilo ali vai estimular, ou não, o sistema nervoso dele e os outros presos acabam usando esta pessoa também, este inimputável, para a prática de outros crimes no interior do presídio e até são pessoas abusadas sexualmente.

Pesquisadora: O senhor tem sempre mencionado eles como presos dentro do presídio, por quê?

Defensor 2: Isso, porque tecnicamente eles não são presos, mas de fato acabam sendo presos e são aquelas pessoas que ficam esquecidas, pois são pessoas que não têm condição de “bater grade” e chamar por um agente penitenciário, não conseguem ser audíveis, não conseguem expressar a vontade de uma forma razoável para a pessoa entender o que ele quer. Então ele acaba sendo penalizado duas vezes, por esta preso, quando a lei diz que deveria ser uma medida de segurança num hospital de custódia e tratamento que são raros os casos do Brasil. Então eu costumo dizer que ele acaba sendo preso de fato, embora não sendo de direito.

Pesquisadora: Aqui em Rio Branco onde se dá o cumprimento da medida de segurança?

Defensor 2: Aqui em Rio Branco geralmente as pessoas que estão nestas condições ficam lá no presídio Francisco de Oliveira Conde. Então em muitos casos ficavam em celas comuns junto com imputáveis, por isso eu me aproximo mais deste termo de preso

e não de inimputável, porque as condições dessa medida a ele não é nem a mínima, por isso uso o termo a-técnico [sic] de preso.

Pesquisadora: Não há garantia de nenhum tratamento de saúde dele?

Defensor 2: Ultimamente nós fizemos reuniões, questionamentos com o secretário de saúde, com o juiz e promotor da vara de execuções penais, e inclusive fazendo visitas *in loco* para ver que tipo de tratamento está sendo dado a estas pessoas e aos outros reeducandos de uma forma geral. Então foi constatado que a deficiência médica ela é aguda, psiquiatria no Estado nós temos pouquíssimos e aqueles profissionais que se sujeitam a trabalhar no presídio também, durante um certo tempo eles até aceitam aquele trabalho, mas depois de um tempo ocorre até certa repulsa até por conta do ambiente nocivo do local.

Então eles têm esta dificuldade do atendimento médico porque geralmente ele é um atendimento que deve ser mais frequente. Então o medicamento quando tem na rede pública, quando tem no presídio, às vezes não chega para o consumo e para o tratamento dele e, quando chega, outros reeducandos acabam fazendo uso deste medicamento. Só que o que é que acontece, desde o ano de 2010 para cá, nós lá da vara de execuções penais fazemos uma espécie de colegiado juiz, promotor, defensor, médico psiquiatria, assistentes sociais, psicólogos, chamamos o inimputável para uma audiência de preferência com a família e vamos observando qual é o grau de comprometimento de periculosidade dele. Se há um grau não satisfatório de não periculosidade, porque a lei fala de cessação para ele não cumprir a medida, não cura, a lei não menciona cura, e sim cessação de periculosidade. Mas mesmo quando esta cessação ainda é mínima tanto a defensoria, como a promotora, nós nos posicionamos para que esta pessoa cumpra o restante desta medida de segurança em casa, em regime de tratamento ambulatorial em casa.

Pesquisadora: Quando o senhor diz o restante, o juiz fixa o tempo máximo?

Defensor 2: Não, porque eu digo o restante porque se for o caso onde há uma internação mínima por dois anos e ela acaba sendo prorrogada, eu vou me basear neste mínimo quando ela ainda está sujeita a prorrogação. Pode ser que vencido o prazo de prorrogação desta medida de segurança, ele também seja chamado para, aí sim, o psiquiatria possa avaliá-lo em juízo e através de laudos e informar ao juízo para ver qual é condição daquela pessoa. Se ela representa periculosidade ou não, se no seio da família ela vai esta melhor do que no presídio ou não, se a família quer ele em casa, quer assumir esta responsabilidade, tem condição de assumir, então acaba sendo feito um estudo social então nós observamos isso também.

Pesquisadora: Esta seria uma espécie de tratamento alternativo que vocês estão criando?

Defensor 2: Eu digo que é até uma prática exitosa porque nós tivemos um encontro de defensores da execução penal em Rio Branco e eu comentei com os colegas e eles ficaram supresos e até gostaram desta ideia. Agora assim aqui nós podemos fazer isso porque é um Estado pequeno e temos uma quantidade de inimputáveis pequena também, então isso acaba sendo um luxo para os outros presídios da federação.

Pesquisadora: Para eu entender este processo. O juiz da vara comum aplica a medida de segurança de internação. Aí quando este paciente chega até vocês, em um primeiro momento vocês já fazem esta reunião?

Defensor 2: Não. Na verdade o que aconteceu é que, quando inovamos com estas audiências, nós já tínhamos reeducandos que estavam lá há 6, 7 anos, então eu não tenho como te dizer se hoje chegaram mais casos de inimputáveis com medida de segurança aplicada. Pelo tempo eu não vou saber te dizer se ele esta sendo chamado para uma audiência que já esta há um ano, dois, submetido a esta medida. Mas os casos que foram analisados eram casos de pessoas que estavam lá há cinco, seis anos. Inclusive houve até dois casos em que eu me manifestei pela prescrição da pretensão executória porque já estavam inclusive alguns já fora da unidade penitenciária, mas com o processo em aberto, ou seja, de fato ele estava na rua, mas de direito ele estava cumprindo a medida de segurança. Uma pessoa há 10 anos nunca deu causa a outro fato. Ele estava na rua porque uma decisão judicial anterior permitiu que ele se recolhesse em casa com atendimento ambulatorial, só que o processo ficou em aberto, pois existia uma execução de medida de segurança, mas ele não estava internado, então eu me manifestei neste caso pela prescrição em razão do tempo do fato e pelo fato dele não ter apresentado nenhum problema nestes 10 anos. Um caso foi acolhido o pedido de prescrição.

E desses casos, salvo engano 9 que foram ouvidos, apenas 1 retornou ao presídio porque descumpriu, não porque praticou outro crime, salvo engano ele consumiu droga. E aí tem uma série de condições porque também não pode ficar sujeito ao que bem entende. Então a família vai ficar sujeita aquelas condições junto com eles também. Uma das principais condições são as de evitar que a pessoa consuma álcool evitar que saia a noite de casa, até porque a violência mais aguda esta mais presente em bares, locais de aglomeração pública, mais a noite. São requisitos paralelos ao regime aberto, mas não são aqueles de exigir, por exemplo, que a pessoa trabalhe, pode ser que a pessoa seja incapacitada para o trabalho, mas pelo menos são condições dela, se possível, frequentar estudo, ter alguma ocupação e sempre se recolher em casa a partir das sete horas da noite. Vai variando caso a caso, há inimputáveis que têm trabalho, têm família, têm filhos e vivem com os filhos e com as esposas e há outros que não, que vivem com a mãe desde que nasceu e estes aí são pessoas que vivem em casa mesmo. Inclusive até um deles a mãe falava que pagava prostituta para ele não sair de casa e ficar mexendo com meninas menores de idade porque a acusação dele era de estupro, mas ele era completamente inimputável bastava conversar com ele para ver. E a dele, eu lembro, já foi determinada a extinção da medida de segurança, era visível que a mãe dele cuidava bem, dava medicamento, vestuário, higiene.

Pesquisadora: Aqui no Acre não existe hospital de custódia, o que o senhor acha disso? O fato de não existir é uma coisa boa ou ruim?

Defensor 2: Para mim isso é uma coisa muito ruim. São dois pontos. Em primeiro lugar é ruim porque fere uma prescrição da lei de execuções penais desde 1984, mas segundo os comentários do poder público é de que não se criaria um hospital de custódia com todo aparato médico para atender 8 ou 10 presos porque o custo seria altíssimo. E os outros 2000, 6000 presos? Eu hoje em dia já advogo mais esta ideia de que já que não existe hospital de custódia, já que o presídio não apresenta nenhum tipo de condição adequada para regeneração deste inimputável, eu vejo que a medida mais célere e mais conveniente é a conversão da medida de segurança para medida ambulatorial domiciliar.

Pesquisadora: Esta conversão se daria na vara de execuções penais ou o senhor acha que o juiz que já profere a sentença é quem deveria aplicar?

Defensor 2: Eu acho que se o juiz que profere a sentença se sentir seguro ele já poderia detectar esta ausência de condições e poderia determinar também esta decisão de conversão em ambulatorial porque a economia processual é grande e o custo para o Estado também é alto, cada preso a menos dentro da unidade penitenciária não só desafoga, mas também tira custos do Estado. Você evita que esta pessoa seja seviciada sexualmente, evita que esta família vá ao presídio e se submeta a revista que eles mesmos dizem que é humilhante e degradante e é muito complicado porque tem alguns reeducandos inimputáveis que a família vem do interior do Estado para fazer a visita, então eles não podem vir todo o final de semana, vem uma vez no mês, ou a cada dois meses, e assim este elo acaba até quebrando dele com a família.

Pesquisadora: O senhor comentou que não são muitos os casos de internação, isso pode ser reflexo do fato de não existindo hospital de custódia o juiz sentenciante aplica a medida ambulatorial, mesmo que o caso fosse de internação?

Defensor 2: Não, porque na verdade eu nunca vi um caso do juiz sentenciante converter a medida de segurança em ambulatorial.

Pesquisadora: Mas estou falando neste sentido, dele aplicar direto, isso acontece com mais frequência?

Defensor 2: Eu acredito que isso não existe, os casos em que houveram a conversão de internação para ambulatorial já foram na vara de execução. Não conheço nenhum juiz que tenha aplicado diretamente isso, pode existir pode, mas pelo menos não conheço. Seria um caso isolado, exceção mesmo.

Pesquisadora: Em 2001 veio a lei de reforma psiquiátrica que deu um olhar diferente ao tratamento do portador de transtorno mental. O senhor é favorável ao tratamento em meio aberto ao portador de transtorno penal autor de injusto penal?

Defensor 2: Eu sou favorável ao tratamento em meio aberto desde que, em primeiro lugar, como a própria lei de execução penal diz seja feita uma avaliação técnica daquela pessoa, que tipo de crime ele praticou, no caso crime não porque ele seria absolvido, mas que tipo de injusto como foi colocado, os fatos que levaram aquilo? Alguns falam que praticaram determinado fato para se defender, praticaram um homicídio para se defender de determinada pessoa ou vislumbravam uma agressão, entra a figura de legítima defesa putativa. Mas isso é uma questão difícil de entender porque a gente não sabe o que se passa na cabeça daquela pessoa. De repente ele imagina uma coisa, mas não é, e o inimputável tem o comprometimento de suas faculdades mentais de forma que a gente não pode estar avaliando com segurança. Eu sou favorável desde que se ele não apresente periculosidade no meio social, mas isso precisaria de uma avaliação inicial. Como não há, tecnicamente não há, eu, enquanto defensor, já me sinto até obrigado a pedir para que seja feito no meio aberto, porque no meio aberto tem melhores condições de salubridade, melhoria de saúde e tudo mais, porque na rua ele tem pelo menos condição de gritar por ajuda, no presídio não.

Pesquisadora: O senhor acha que o tratamento dele aqui no Estado, dentro do presídio, como o senhor falou viola o princípio da dignidade da pessoa humana?

Defensor 2: Certamente, esta cláusula constitucional de dignidade, o próprio art. 196 e os direitos sociais do art. 6, eles são os mais violados, a LEP já tem 27 a 28 anos. A medida de segurança é uma pena degradante, inclusive o próprio Luiz Flávio Gomes já se manifestou neste sentido, ela acaba sendo sim porque o Brasil não respeita este tipo de tratado, as convenções internacionais que tratam desta higiene, desta questão mental. E também até falando um pouquinho sobre essa questão de inimputáveis, acredito que muitos casos deixam de ser considerados inimputáveis numa sentença porque não há recursos técnicos para que o juiz veja se naquele momento aquela pessoa é inimputável ou não. Mas eu acredito que o número é bem maior, certamente é bem maior, porque muitas pessoas são sentenciadas como imputáveis.

Pesquisadora: Seria deficiência do laudo ou o quê?

Defensor 2: Eu acho que, muitas vezes, passa despercebido pelas partes suscitar o incidente de insanidade. Eu, por exemplo, já me deparei com alguns casos e, em sendo defensor, não me sinto a vontade de suscitar o incidente de insanidade porque se ele for declarado inimputável ele vai estar numa situação muito pior do que o imputável. Então a gente vai está condenando esta pessoa a ficar numa situação muito pior.

Pesquisadora: Então o senhor acha que esta situação aqui no Estado inibe que a pessoa que esta fazendo a defesa, ou até a acusação, suscite o exame?

Defensor 2: Com certeza inibe. E isso não é só aqui no Estado. Eu posso dizer que até de uma conversa com um colega defensor da execução penal do Rio de Janeiro, eu perguntei para ele quantas vezes ele suscitou o incidente de insanidade mental, e ele disse que nenhuma porque ele comunga deste entendimento. Vai que aquele cara é “doido” o laudo aponta que ele é e o juiz vai submeter ele a tratamento ambulatorial, e vai ser muito pior porque ele vai se enquadrar em condições em que ele não vai poder ter progressão de regime. Na progressão de regime a pessoa pelo menos tem a esperança de que na data X ele vai sair do presídio. O inimputável não, ele fica numa zona cinzenta que muitas vezes ele vai ficar recolhido por mais tempo que o imputável. Às vezes não tem um familiar para provocar a jurisdição através da defensoria, do advogado, do próprio ministério público, e a às vezes o processo acaba ficando esquecido mesmo e ele também, muitas vezes, fica intimidado com os outros até pela força física, ele, em menor número, vai se submeter a este tipo de constrangimento. Então eu não faço, não provooco e nunca provoqueei e acredito que não provocarei enquanto estiver aqui atuando na execução penal, porque acredito que é muito pior. É um prejuízo muito sério para o apenado imputável que tem problema mental. Porque tem muitos casos que nós atendemos aqui que você vem que a pessoa não sabe dizer quanto é um mais um, mas foi sentenciado como imputável, então a gente não sabe se aquilo é por falta de conhecimento ou por problemas mentais mesmo, então neste caso, como se diz no popular, a gente deixa o processo quieto e vai tocando o processo de execução mesmo.

Pesquisadora: O senhor acha que tem alguma incongruência legislativa entre a lei de penal e de execução penal e a lei de saúde mental?

Defensor 2: Não acho incongruência legislativa neste primeiro momento, o que existe é falta de interesse político do executivo para se criarem políticas públicas para oferecimento desta demanda de atendimento deste direito básico que é o direito à saúde. Então vai envolver não só a saúde mental, mas a saúde de uma forma geral. Vai entrar questões como doenças contagiosas, tuberculoses, a própria malária, dengue que se proliferam a cada ano e a cada ciclo reprodutor destas doenças no interior do presídio. Mas aqui no Estado, semana passada, houve um mutirão de atendimento no presídio e foram atendidos 400 presos. Mutirão de saúde. Então preso que já tinha encaminhamentos para ser atendido com médicos foram todos atendidos, porque é muito menos oneroso para o Estado que o profissional adentre, e não que o preso saia, não o preso que tenha perspectiva de sair.

Pesquisadora: E pensando na perspectiva do paciente. O fato da legislação de saúde mental preconizar o meio aberto e a legislação penal prevê esta internação, o senhor acha que há algum conflito?

Defensor 2: Eu não vejo necessariamente um conflito porque quando a lei de execução penal surgiu em 1984, nós saíamos de um período de ditadura, pré-democratização, então no período de ditadura acaba a prisão sendo regra e a liberdade a exceção. Então esta conotação política faz com que as pessoas passem a avaliar de uma melhor forma até pelo *status* evolutivo de quase 30 anos da LEP faz surgir novos horizontes e eu acredito que esta reforma da legislação principalmente desta perspectiva psiquiátrica ela vem, nada mais nada menos, a ser um avanço da lei de execuções penais, mas não uma incongruência. Muito embora a lei de execuções penais fale do hospital de custódia e tratamento, mas é preciso também falar que quando o código penal fala de medida de segurança de no mínimo um ano, ela também não quer que ele vá ficar encarcerado. Ou seja, se ele ficar encarcerado no sentido amplo da palavra, ficar preso, que seja por um período mais breve possível, e por isso ela limita um prazo mínimo. Mas por outro lado acaba ocorrendo essa incongruência porque ela não estipula um prazo máximo. Então para o imputável o período máximo de prisão é de 30 anos, a lei já é omissa em relação ao inimputável, a lei não vai falar no limite máximo para ele, o próprio bandido da luz vermelha ficou praticamente mais de 30 anos jogado numa cela em Santa Catarina.

Pesquisadora: O senhor acha que estas lacunas legislativas podem ser solucionadas pelo operador do direito sem alteração legislativa?

Defensor 2: Podem sim, com uma das fontes de direito que é a jurisprudência. Então ela acaba suprimindo esta lacuna da legislação. Então com certeza ela acaba sendo.

Pesquisadora: Conhece alguma forma diferente de tratamento em algum outro Estado?

Defensor 2: Não. Eu sei que alguns Estados têm hospital de custódia, mas assim, é um hospital de custódia que também deixa muito a desejar, pela falta de equipamentos, de funcionários, de investimentos, do próprio corpo médico. Então eles acabam deixando a desejar, então não tenho como citar se existe no país, até espero que exista, algum hospital que seja tido como modelo e seja hoje um centro de referência nesta área, mas eu não conheço.

Pesquisadora: Sabe informar se aqui em Rio Branco tem algum centro de atendimento psicossocial para encaminhar a pessoa para tratamento?

Defensor 2: Que eu saiba não existe CAPS aqui, que eu saiba o que existe são os assistentes sociais que detectam que aquela pessoa, às vezes olhando para o processo, às vezes falando com a pessoa, que ela tem um transtorno mental, então, nestes casos, quando eles não resolvem intramuros eles entram em contato aqui com a defensoria para que a gente tome alguma medida, até para ligar para algum familiar e saber porque não foi visitar. Mas isso é feito de um modo geral com todos os reeducandos.

Pesquisadora: Muito Obrigada, o senhor tem alguma coisa mais a acrescentar?

Defensor 2: Não, só para não me chamar mais de senhor.

DEFENSOR 3 – entrevista realizada em 18/01/2012 (duração 24'09'')

Pesquisadora: Boa tarde. Quantos anos já de defensoria e como defensor da área criminal?

Defensor 3: Como defensor quatorze anos e especificamente na vara do tribunal do júri há seis anos e nesse período tivemos a oportunidade de fazer a defesa de alguns réus que possuem transtorno mental. Alguns semi-imputáveis e alguns totalmente inimputáveis.

Pesquisadora: E como se dá o procedimento?

Defensor 3: Pelo que eu me recorde existiram casos em que as pessoas negam a autoria e que são imputados fatos a eles em que eles não assumem e existem casos em que realmente a autoria é assumida. Mas em todos eles, além do problema mental, da inimputabilidade ou da incapacidade da pessoa, está no contexto a questão no mínimo da bebida e muitas vezes a droga. Então o que se percebe é que aquelas pessoas, primeiro, que muitas vezes elas não procuram o tratamento de saúde antes de cometerem o fato, depois que cometem o fato a família vem e diz “ah, mas ele tem problema mental” isso acontece muito. Então é isso as pessoas são julgadas e muitas vezes é reconhecida a semiimputabilidade e muitas vezes não.

Pesquisadora: O senhor detecta este transtorno numa conversa com ele ou a família vem informar?

Defensor 3: Normalmente no tribunal do júri, uma vez que a família traz elementos traz consultas médicas com especialistas na área, se requer logo de início o exame de sanidade mental, então é averiguado. Se requer dependendo da situação, né? Muitas vezes se procura inicialmente se buscar uma ação de legítima defesa porque daí não vai ser um ilícito penal, então se procura primeiramente se averiguar esta questão, uma vez que existe realmente o fato e que possivelmente a pessoa virá a ser condenada porque não existe nenhuma excludente de ilicitude então você faz o requerimento para o exame de insanidade mental.

Pesquisadora: E o procedimento deste exame, o senhor acha que é feito em um tempo razoável?

Defensor 3: O exame normalmente não demora tanto não, é razoável, dois meses você tem o resultado, de dois a três meses. Ocorre apenas que, muitas vezes, o resultado do

exame não condiz com a realidade da vítima, muitas vezes a pessoa afirma que tem problemas, mas o exame de insanidade não leve a este resultado, embora se reconheça que ela tem problema mental, mas não o suficiente para não estar totalmente incapacitada ou semi-incapacitada para aquele fato.

Pesquisadora: E vindo o exame dizendo que está incapacitado, o que acontece com o processo?

Defensor 3: Havendo realmente o resultado que ele é totalmente incapaz muitas vezes o juiz já absolve o incapaz no ato da decisão de pronúncia, isso na absolvição imprópria e aí ele estabelece a medida de segurança.

Pesquisadora: Que medida de segurança normalmente o juiz estabelece?

Defensor 3: O último julgamento que nós tivemos esta oportunidade foi estabelecido uma medida de segurança com prazo mínimo de três anos e um prazo máximo, já ligado a novas determinações da doutrina, um prazo máximo de 20 anos, em que o apenado, não seria apenado, mas em que a pessoa que está sofrendo a medida de segurança ela se interna, e no caso aqui, e isto é um aspecto bastante negativo, foi internado presídio no Francisco de Oliveira Conde que é um presídio normal e que não oferece as mínimas condições para tratamento porque a medida de segurança é um instrumento para tratamento.

Pesquisadora: Então aqui em Rio Branco o cumprimento da medida de segurança de internação se dá usualmente...

Defensor 3: No caso desta última internação ocorreu e ele foi internado e logo após ele ter sido internado, dois ou um mês depois, a mãe dele me procurou dizendo que ele não estava tendo os remédios necessários que o ambiente não estava sendo adequado que ele estava piorando que estava em uma grave crise. Foi requerido ao juízo da vara de execução para que tomasse as providências e tal. Mas neste caso inclusive embora tenha sido colocado que ele deveria se internar no presídio, nós recorremos desta decisão porque entendemos que seria possível, é possível, pelo menos atendendo ao pedido da própria família, que ele cumprisse esta medida de segurança na sua casa sob orientação sob o domínio de seus pais.

Abrindo um parêntese sobre esta questão, neste caso particular esse rapaz ele se envolveu numa briga porque estava bebendo e segundo informações do processo que não foram confirmadas, fazendo uso de drogas, e aí foi feito este recurso, mas se entra naquela questão se a família não tinha condição de dominar e de mantê-lo sob sua orientação antes dele cometer o fato, terá ela condição de tê-lo sob seu domínio, sob sua orientação. Fazer com que ele aja de acordo com aquilo que preconiza os psiquiatras e como diz a própria família e a sociedade. Então esta é uma questão. Inclusive fiz o recurso, mas conversei muito com a mãe do rapaz, porque é uma pessoa muito experiente, mas ela tentando demonstrar que tinha capacidade para isso. Mas surge esta dúvida, cometeu um fato e este fato... e aí é o fato do tribunal do júri é um fato contra a vida sem nenhuma outra motivação, porque o ilícito penal nas varas genéricas ou tem uma questão de drogas, tráfico, ou é um furto, um assalto, enfim, no tribunal do júri é um atentado contra a vida sem nenhuma outra motivação a não ser aquele problema que acontece entre vítima e acusado e normalmente no ambiente em que ambos estão fazendo uso de bebida e droga.

Pesquisadora: Então o senhor acredita que nestas situações de crimes violentos, a pessoa paciente necessariamente tem que cumprir uma internação?

Defensor 3: Não é questão de necessariamente. Eu penso que o juiz deverá avaliar cada caso. Particularmente neste em que nós estamos trabalhando, o próprio médico psiquiatra diz nos autos que a família teria condições e que ele teria também condições de ter um tratamento adequado se ele respondesse fora do presídio, se ele respondesse solto, pelas características do paciente. O médico acaba dizendo inclusive que ele agiu daquela forma não porque ele é um doente mental, mas porque ele foi provocado. Então houve uma provocação e qualquer pessoa naquela situação teria aquele comportamento. Ele não seria perigoso além do fato, mais do que uma pessoa normal.

Pesquisadora: E o senhor já pegou algum outro caso em que o magistrado aplicou medida ambulatorial, mesmo sendo um caso de homicídio?

Defensor 3: Eu acredito que apenas em caso de tentativa de homicídio quando o fato não muito extremamente grave, uma lesão, mas não ficou clara a intenção, como são muitos julgamentos que nos participamos. Mas que eu me recorde quando há realmente um homicídio e fica nos autos comprovado que a atuação no caso da pessoa que venha receber medida de segurança foi fundamental, foi fato dele, então aí se aplica a internação e se aplica uma medida de segurança um pouco mais longa e fica a depender de outros exames e tal.

Pesquisadora: A legislação da reforma psiquiátrica deu prioridade de tratamento em meio aberto. O senhor acha que esse tratamento em meio aberto é possível para o portador de transtorno mental que comete um injusto?

Defensor 3: Eu penso que é possível, mas desde que tenha um acompanhamento, que a coisa não fique solta, aí tem que ver e analisar a família, o ambiente em que ele está inserido, para que ele possa ter, digamos assim, uma certa fiscalização. Se ele puder se manter nos padrões. Não fazer uso de drogas, não beber bebida alcoólica e tal, eu penso que existe total possibilidade, aliás é uma forma de realmente ele vir a ser inserido.

Pesquisadora: O que o senhor pensa da situação de aqui não ter um local apropriado para a internação?

Defensor 3: Eu penso que é um fato lamentável e é extremamente necessário, uma vez que não é pequeno o número de pessoas que são portadoras de doença mental, não é pequeno. Estamos falando de fatos que nós lembramos e tal, mas existe um certo percentual, um percentual razoável de pessoas que são portadoras, ou são semi-imputáveis ou são totalmente incapazes de se controlar, de se dirigir de forma coerente. Então eu penso que é fundamental e que isso geralmente atrapalha muito e é realmente necessário.

O que se coloca e que eu gostaria de realmente acrescentar é que pessoas que são mentalmente sãs, quando internadas no presídio com as características do nosso país, a tendência dela é vir a ter problemas mentais. Nós já tivemos várias oportunidades também de observar pessoas que não tinham problemas mentais, mas passam a ter por conta do ambiente totalmente... que não condiz com a dignidade humana que não condiz com a humanidade, com as características do ser humano e que é extremamente prejudicial é muito lamentável e é necessário. O que se coloca também é que hoje a

saúde do nosso Estado, mesmo para as pessoas que estão fora dos estabelecimentos prisionais, o cidadão comum não tem, não sei se apenas no Acre, acho até em nível de Brasil, não tem o tratamento que mereceriam ter, quanto mais as pessoas que estão numa situação de colocadas ou dentro do presídio.

Pesquisadora: Na pesquisa que a gente realizou são poucos os casos de medida de segurança de internação aqui em Rio Branco, o senhor saberia dizer por quê? Tem alguma motivação para isso?

Defensor 3: Eu acredito que possa ter muitos casos em que é reconhecida a semi-imputabilidade então aí o juiz não interna, não estabelece medida de internação. O próprio juiz eu acho que quando vai analisar o mérito acaba observando que não existe em Rio Branco um local de tratamento adequado eu penso que ele já tem uma tendência a manter a pessoa no seio familiar, tem uma tendência, por isso que eu tava dizendo que somente quando o caso é realmente de homicídio que o juiz acaba no meu caso.

Pesquisadora: Inexistir este local adequado inibe a defesa também a requerer o exame?

Defensor 3: Pode ocorrer este sentido. Mas nunca ouvi falar ninguém falar. Inclusive porque até recentemente as medidas de segurança eram um decreto perpétuo então de certa forma inibia e a defesa de certa forma fugiu de caminhar para as medidas de segurança.

Eu já tive oportunidade de atuar em júri na Comarca de Brasília em que a pessoa tinha problema mental, mas que não foi feito exame de insanidade mental, não foi feito nada disso, a defesa tinha sido feita por um causídico dativo que não tinha tido nenhuma preocupação neste sentido e foi requerido no dia do julgamento, mas não foi aceito por uma série de questões, mas que depois que o réu foi condenado foi feito novos requerimentos para que ele passasse a ter um tratamento psiquiátrico dentro da penal porque ele era uma pessoa que realmente aparentemente visivelmente tinha problema mental.

Pesquisadora: O senhor consegue vislumbrar alguma alternativa para esta internação que hoje se dá no presídio, para que isso não acontecesse?

Defensor 3: Eu penso que teria que ter um local adequado. A criação de um estabelecimento adequado.

Pesquisadora: O senhor pensa o hospital, na figura do HCTP?

Defensor 3: É pensaria numa figura neste sentido para aqueles casos em que a família não viesse a ter as condições de acompanhar de ter aquela pessoa sobre a sua responsabilidade para que um outro problema não venha a acontecer. A questão da periculosidade eu penso que ela existe principalmente porque a droga e a bebida estão muito calcadas nos ambientes da sociedade periférica, nos ambientes periféricos (da sociedade periférica) então tem muito esta questão.

Pesquisadora: O senhor acha que há alguma incongruência entre a legislação da reforma psiquiátrica e a legislação penal?

Defensor 3: Deveria haver uma readequação do aspecto penal, do processo penal, das lei penais. Eu entendo que nós temos que buscar um norte pelo conhecimento científico. E o conhecimento científico, quem está trabalhando com estes indivíduos são realmente os psicólogos e os psiquiatras que têm feito pesquisa neste sentido. E eu penso que o caminho deveria ser esse. Mas somente com esta questão de nós termos um certo cuidado para que a família, quando a pessoa realmente vier a ter um ambiente familiar, cometeu um homicídio uma pessoa que em tese tem problemas deve ser ouvido o psiquiatra, deve fazer uma análise da família e eu acredito que, na grande maioria dos casos, deveria ser realmente tratado no seio familiar, excepcionalmente poderia ser feito uma necessidade para...

Pesquisadora: Então o senhor é favorável ao tratamento mais aberto?

Defensor 3: Sim sou favorável a este tratamento mais aberto com certeza.

Pesquisadora: O senhor conhece em algum outro Estado do país, alguma alternativa diferente para o tratamento?

Defensor 3: Não conheço nenhuma alternativa diferente, não tenho tido uma preocupação nesse sentido.

Pesquisadora: E com relação ao prazo de cumprimento, o senhor falou que neste último ficou estabelecido prazo mínimo e máximo...

Defensor 3: E também eu vejo que neste aspecto aí o fato de você a cada ano, a cada ano e meio passar por exame e de repente perceber que você melhorou que você resolveu aquele problema. A questão é que dentro do presídio como este nosso a pessoa não vai também ter condição de evoluir.

Pesquisadora: Este tratamento atenta contra a dignidade da pessoa humana?

Defensor 3: Ah sim, o tratamento que é dado aqui em Rio Branco eu acredito que não vem ao encontro em absolutamente com o objetivo da medida de segurança que é o tratamento. Na realidade ele atenta contra o tratamento, ele não possibilita o tratamento em hipótese nenhuma.

Pesquisadora: O senhor classificaria a medida de segurança como uma pena cruel, degradante, humilhante nos termos das declarações dos direitos humanos?

Defensor 3: Na moderna doutrina atual não porque ela procura realmente fazer com que a pessoa venha para a sociedade. Na concepção anterior em que você isolava a pessoa, que a pessoa era um problema insolúvel para a sociedade sim. Mas num tratamento moderno em que você visa solucionar o problema eu penso que a medida de segurança em muitos aspectos ela é necessária.

Pesquisadora: E o senhor acha que a loucura é perigosa?

Defensor 3: Vem a questão do problema da culpa, da culpabilidade ou não, de você ter responsabilidade ou não. Se você tem responsabilidade sobre um fato você deve responder por este fato, se faz um exame de insanidade e se considerada, se chega à

conclusão que a pessoa não tem condições de gerir o seu próprio destino, então claro que esta pessoa não pode ser condenada ela merece receber um tratamento nesta perspectiva. Mas é merecer receber um tratamento e não um castigo, a medida de segurança não pode ser jamais considerada uma pena nem mesmo um castigo, muito pelo contrário. A medida de segurança, eu entendo assim, ela deve ser vista como uma efetiva forma de tratamento apenas isso. O que se coloca interrogação é se o Estado tem condição de vir a efetivar isso, uma vez que até as pessoas que estão na sociedade normal não recebem o tratamento adequado. Até nós mesmos se nós virmos a ter um problema mental, se não recorrermos a tratamento particular de clínicas particulares, você dificilmente vai ter um tratamento adequado. Mas eu penso que a medida de segurança é nesse sentido é um tratamento que precisa ser visto como um tratamento como um direito e não como uma pena como hoje é colocado.

O que se observa muitas vezes é que a família ela nem quer que seu familiar o seu ente venha a receber mesmo esta medida de segurança, porque esta medida de segurança se ela caminhar para internação ela vai ser negativa, vai ser prejudicial para a pessoa.

Pesquisadora: Muito obrigada, o senhor tem mais alguma coisa para acrescentar?

Defensor 3: Não, o que eu teria a dizer seria basicamente isso.

Anexo G - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS MAGISTRADOS

JUIZ 1 – entrevista realizada em 16/11/2011 (duração 51'44'').

Pesquisadora: Nos seus 16 anos de magistratura, tem alguma experiência em que lidou com paciente portador de transtorno mental?

Juiz 1: Vamos começar aqui pela vara de drogas. No cotidiano nosso nós lidamos mais com a parte com relação ao tráfico de drogas, não com a dependência química, onde se verifica a maior parte dos transtornos em razão da dependência química. Na parte do tráfico de drogas, no período em que estou aqui de aproximadamente cinco anos, eu não tenho constatado nenhum caso de algum réu que tenha respondido ação penal aqui que tenha ocorrido alguma espécie de transtorno. Se não me recordo teve um ou outro caso, mas já na fase do flagrante, antes do oferecimento da denúncia, eu determinei a soltura, mas eram transtornos que não repercutiam a órbita criminal com mais profundidade. Um ou dois casos, ainda na fase inquisitorial, foi detectado o transtorno e eu optei, como magistrado, colocá-lo em liberdade até em decorrência da situação que nós temos hoje no Estado em que nós temos um sinal de melhoria na parte de tratamento das pessoas que têm transtorno - nota-se até uma preocupação com o tema - mas acredito que isso precisa ser mais estudado e trabalhado com pessoas de diversos seguimentos (como você que está fazendo mestrado da defensoria pública, psiquiatras, magistrados, membros do ministério público) para enfrentar o tema não só na ótica unitária, mas na ótica diversa, para analisar todo o contexto da situação do transtorno mental propriamente dito.

Eu falo com bastante profundidade porque na minha família eu tenho uma sobrinha que tem problema de transtorno mental. Então você sabe a profundidade do tema e tem que analisar a situação com bem mais estudos. Você está de parabéns em enfrentar este tema porque ele altera toda a natureza do ser humano, e conheço isso de uma situação de casa e afeta toda a estrutura de pensar e agir e influi os atos exteriorizados daquela pessoa.

Pesquisadora: Neste contexto o que o senhor entende por loucura?

Juiz 1: Loucura propriamente dito a palavra eu não consigo verificar a expressão loucura, para mim isso é repellido totalmente, eu gosto daquela expressão de *necessidades especiais* eu vejo a pessoa que tem alguma alteração na sua órbita de pensar e agir como uma pessoa que tem uma necessidade especial e que necessita por parte do ente estatal uma proteção e uma visão melhor da que vem sendo dada hoje. Isso é uma forma assim que eu vejo até de mudança de concepção, a forma de visão destas pessoas. É evidente que esta triagem, (por isso que digo da importância do seu trabalho e de outros que venham somar), porque este momento da triagem de verificar quem tenha um transtorno e aquele transtorno tem um grau de evolução que pode repercutir na sara penal ou excluindo a imputabilidade ou de alguma forma tornando a pessoa semi-imputável. Esta triagem seria muito interessante que se começasse a se desenhar e eu vejo que nós ainda estamos capengas (num contexto de Brasil) nesta construção desta triagem de tratamento destas pessoas.

Eu lembro que todas as vezes que eu sou convidado para alguma coisa que trata da parte de saúde mental eu faço questão de ir e quando me dão oportunidade de falar também faço questão de falar, com essa concepção diversa que a pessoa tem que ter.

Em exemplo que pode ocorrer e que às vezes a sociedade não compreende. A mulher quando está em estado puerperal ela realmente sofre transtornos de grau que variam de mulher para mulher, e não vai ser o juiz, o promotor, o defensor público, que vai chegar e dar um laudo apropriado para a situação que a mulher está vivendo naquele momento, e em decorrência daquele estado às vezes comete um crime, e a sociedade em geral vê aquele ato da mulher como só um homicídio em si que realmente causou um mal, às vezes matou a criança, mas não vê o estado que aquela mulher está submetida naquele momento. Por isso que digo da visão que hoje a sociedade, os agentes do estado também precisam ter para reformular esta forma de triagem das pessoas que chegam ao aparelho estatal para cumprir uma pena dentro de um presídio e a concepção de vida tem que se diferenciada para análise. Esta triagem, a meu ver, tem que ser feita inicialmente.

Pesquisadora: Inicialmente como? Quando chega o processo?

Juiz 1: Não quando chega o processo. Eu acho que qualquer anomalia que alguém sofre. Qualquer necessidade que alguém está sofrendo, que isso pode ser de momento ou varia muito de acordo com os estágios na parte do transtorno, precisa ter uma equipe e a meu ver você não faz hoje para ser encaminhado ao presídio um laudo de exame físico preliminar para constatar a situação que ele está, porque não pode fazer mentalmente? Na órbita mental da pessoa, uma análise preambular de qual a situação mental daquele preso que chegou ali naquele momento? Então é uma nova concepção. É uma forma de triagem inicial para que quando chegue àquela informação inaugural ao juiz ele já aplique algum encaminhamento momentâneo sobre aquela situação que chega para ele.

Pesquisadora: E hoje, na situação do Acre em que não existe este exame preliminar?

Juiz 1: Eu acho que estamos falando aqui de possibilidades e de iniciativas. Eu acho que é uma ideia a ser encampada e, vou dizer mais, eu acredito que vá ter um reflexo muito grande na sociedade inclusive de apoio porque tá na hora deste tema ser enfrentado mais cara a cara com a sociedade e não ser escondido, porque às vezes a pessoa tem algum problema em casa e procura esconder àquele tema. E eu acho que não é um tema a ser escondido. É um tema que tem que ser enfrentado tanto na seara penal, como na sociedade, de convência, de contato. Às vezes o problema chega para o juiz, para o ministério público e para o defensor público e você nota que a família não sabe enfrentar aquele problema, às vezes chega para você em uma sala de audiência, a pessoa precisa de um tratamento acompanhado da família, mas a família não está preparada para aquele acompanhamento. E aí, o juiz, o promotor e o defensor se depara [sic] com uma situação se retira a pessoa de um âmbito momentâneo de um local onde ele está e coloca na sociedade onde ele pode praticar outro crime, quando a família, às vezes, não está disposta a receber aquela pessoa naquele momento. São situações que precisam ser discutidas, debatidas e enfrentadas. Como que nós faríamos isso? Qual o papel de cada entidade, de cada instituição neste contexto?

O que se vê no momento do dia a dia são situações assim. Eu me recordo de num dos casos em que eu estava substituindo a juíza da vara de execuções penais foi interessantíssimo. Eu trouxe dois psiquiatras para depor sobre a situação daquele réu que estava enfrentando o problema.

Pesquisadora: E ele estava preso?

Juiz 1: A pessoa estava em um primeiro momento preso e aí nós detectamos, trouxemos a família, foi colocada toda a problemática da situação e as formas de tratamento, tratava-se de psicose, e teria que se ver como seria feito todo o tratamento e o acompanhamento. Então foi interessante porque o psiquiatra veio e desmistificou aquela situação, colocou qual o papel da família, qual o papel do tratamento e do encaminhamento, não esquecer os medicamentos e de todas estas situações, e realmente até bem pouco tempo atrás não houve informação desta pessoa praticar outro crime. E é este tipo de situação que tem que ser enfrentada. É um caso interessante e de grande valia e serve sempre para aumentar o grau de conhecimento do dia a dia e para ter um problema que não surge cotidianamente, mas quando ocorrer você saber como enfrentar.

Agora voltando à vara de tóxico, aqui é mais este cotidiano de tráfico de drogas, então a gente não tem detectado este tipo de situação. Quando que nós temos detectado este tipo de situação? É um outro trabalho que a vara de delitos de droga desenvolve que é com relação aos dependentes químicos. Então, com relação aos dependentes químicos, que é um outro trabalho que nós desenvolvemos, não do dia a dia da vara, mas no dia a dia de cidadão do Elcio. Cidadão andando nessas entidades de dependência química e tal. Você verifica uma ou outra situação em que a pessoa realmente tem um transtorno que se envereda pelo mundo da droga. Então como passar uma mensagem correta para a família sobre isso? Nesse trabalho de prevenção as drogas, lembro que no início nós chamamos aquela psicóloga Dra. Estela e também o Dr. Paulino para conversarmos sobre como passar uma mensagem para a família de um dependente químico que pode estar sofrendo um transtorno momentâneo no uso da droga para analisar aquele tipo de comportamento, isso temos gravado. É um trabalho que desenvolvo mais como cidadão, mas foi um trabalho abraçado pelo Tribunal.

Pesquisadora: Com relação especificamente a medida de segurança que é a maneira como o código penal lida com o portador de transtorno, qual a sua opinião sobre a medida de internação e a medida ambulatorial?

Juiz 1: É importante trazer para o contexto local. O que ocorria antes da reforma do pronto de socorro? É que lá tinha um local que recebia os dependentes químicos e as pessoas algumas pessoas que sofriam com transtornos e aquela unidade era de grande valia porque o encaminhamento para o HOSMAC já seria um segundo momento. Com a suspensão deste trabalho que foi um dos poucos Estados do Brasil que esta unidade desenvolvia. Ela era um pouquinho mais avançado que o CAPS, mais voltado para dependência química, é importante falar com a Dra. Estela.

A forma das medidas de segurança a meu ver, num contexto até de Brasil, eu acho que ainda deixa muito a desejar. E não vai ser o Elcio que vai dar uma solução momentânea para isso, não é um gesto que vai resolver o problema, é como que vai ser desenvolvido todo trabalho para resolver o problema.

Pesquisadora: O que o senhor acha sobre os hospitais de custódia e tratamento?

Juiz 1: Eu acho que não estão condizentes com as necessidades que a pessoa precisa para uma tentativa de recuperação daquele estágio em que ela está vivendo naquele momento.

Pesquisadora: Aqui no Acre não tem o hospital de custódia?

Juiz 1: Adequado, não, de jeito nenhum.

Pesquisadora: O senhor fala adequado porque considerada o HOSMAC hospital de custódia?

Juiz 1: Não, não considero o HOSMAC quando eu não tive ainda situações de HOSMAC propriamente dito. É uma ideia a ser melhorada e a ser implementada. Eu não vejo hoje um tratamento de ordem mental ter situações de ordem de reclusão, eu não vejo isso. Por isso eu gosto de usar sempre a nomenclatura de hospital, de pronto de socorro, eu acho que uma pessoa que tem um problema de ordem mental, as pessoas que vão enfrentar aquele problema não podem ter uma visão de reclusão daquela pessoa. Eu acho que o que acontece muito é justamente nós não termos uma estrutura adequada a ser trabalhada com relação à saúde, mas isto é uma questão até num contexto mais amplo de Brasil. Há uma perspectiva de melhora do SUS que vai repercutir em todas as situações que vão de encontro as necessidades desses réus submetidos a medida de segurança. Como você vai enfrentar este problema se a família não esta preparada?

Pesquisadora: O senhor entende então que se a família tivesse preparada ao invés de decretar a medida de segurança de internação poderia entregar para a família?

Juiz 1: Eu vejo que tem situações que sim. Uma vez na televisão vi uma senhora que não tinha condição de pagar tratamento ao filho e ela mantinha o filho recluso numa cela na casa dela, uma porta com grade. E era demonstrada a mudança de comportamento, uma hora ele estava tranquilo, outra ele estava agressivo. E o psicólogo deu um posicionamento sobre a situação, com acompanhamento, com medicamento, o contexto de agressividade pode ser lapidado e melhorado.

Pesquisadora: Neste contexto do que temos hoje no Estado do Acre o senhor tem conhecimento onde é dado cumprimento da medida de segurança de internação?

Juiz 1: Pelo que eu tenho ouvido grande parte destas situações, pelo menos nos casos que chegou para eu decidir quando estava substituindo a juíza de execuções, eu sempre tenho tentado trabalhar no âmbito familiar. Eu sempre tenho tentado trazer para que isso seja trabalhado no âmbito familiar. Existem algumas situações peculiares e pontuais que são as vezes as pessoas que praticam homicídios.

Pesquisadora: Mas o senhor tem conhecimento se há alguma pessoa internada no presídio?

Juiz 1: Hoje não saberia dizer.

Pesquisadora: E o que o senhor acharia desta situação se tomasse conhecimento que alguém, pela falta o HCTP e por não ter onde internar, esta cumprindo medida de segurança de internação na penitenciária?

Juiz 1: Se nós estamos nesta falta de local, eu acredito que hoje a Defensoria Pública tem um papel primordial neste contexto através de provocação do agente do Estado para que implemente isso. Hoje o papel da Defensoria Pública é totalmente diferenciado, de uma construção que começou na Advocacia Geral da União. E aí tem um dos papéis da

Defensoria Pública que é justamente provocar, através dos mecanismos que são propiciados a ela. Hoje nós não temos um hospital de custódia, como nós enfrentamos este problema? Como que a sociedade enfrenta este problema? Como que o judiciário enfrenta? Como que a família enfrenta? Como que a Defensoria enfrenta? Quais são as formas que nós temos hoje de tratamento? Qual seria este desenho? Como que seria o melhor? Qual o Estado que seria modelo para isso: Minas Gerais? Qual seria o Estado? Então seria interessante fazer um levantamento sobre isso. Pegar estes modelos que estão sendo trabalhados e sendo executados, para daí fazer uma visão macro para trazer e colocar em funcionamento em um primeiro momento acompanhado por autoridades de diversos seguimentos e no segundo momento já pelos entes de saúde.

Pesquisadora: O senhor acha que a legislação penal ficou defasada com a reforma psiquiátrica?

Juiz 1: Quando eu falo em legislação penal talvez eu seja até muito crítico. Vamos num primeiro momento tratar a lei substantiva, a lei substantiva eu vejo como uma total falta de desenho primeiro estrutural, segundo você trabalharia até no âmbito orgânico. Eu acho hoje que nossa legislação penal tem uma distorção muito grande de valores, de bens jurídicos protegidos, e isso vai da vida até o bem patrimonial, indo para a saúde que entra muito nesta área de entorpecentes. Então você vê que os valores a serem tutelados, a serem protegidos esta [sic] tendo uma distorção muito grande, então nós precisamos dar um alinhamento geral. Você nota que o Senado tem até desenvolvido uma equipe para reformulação da lei substantiva penal sobre todo um desenho de estruturação, porque não adianta o que ocorre hoje, nós temos uma lei substantiva antiga e daí você tentar fazer enxertos nessa legislação, ela vai ser algo que você vai tentando acoplar bens jurídicos protegidos e você vê situações completamente discrepantes com anomalias. E aí você indo para lei adjetiva penal, você nota que estamos fazendo um desenho também de enxertos. Seria você ter uma casa construída e você nota que aquela casa você tem um terreno às vezes grande que você prefere às vezes demolir aquela casa e construir algo ou você prefere ir aumentando e acoplando e aquilo ficar como se fosse um labirinto. Então são desenhos que eu vejo na área de saúde e nesta parte que precisavam caminhar juntos. Não adianta numa ânsia de naquele assunto, chegarmos e trabalharmos aquele assunto, por exemplo, proteção da fauna, flora, meio ambiente e resolve aquela situação pontual e acaba gerando outros problemas. Eu acredito que a nossa visão hoje deve ser o seguinte: o que nós precisamos proteger mais de bem jurídico a ser protegido, e a vida? Então vamos proteger a vida. Essa vida engloba setores de saúde em seu contexto? É. Então vamos ali fazer todo trabalho em volta daquela situação. Então são visões que precisam ser modificadas e alteradas, mas como vai ser feito isso? E isso passa pelo tratamento da pessoa que tem esse transtorno, é interessante que seu trabalho tenha modelos de outros países e outros Estados para servir de um exemplo de mudança total, pois é um tema pouco abordado no âmbito jurídico e que precisa ser enfrentado.

Eu me recordo de um caso em Tarauacá da situação da senhora que matou a criança e que se verificou a *posteriori* que se tratava de uma pessoa que estaria num estágio puerperal e que realmente altera todo o metabolismo e a forma de pensar e de agir da pessoa. Então eu acho que nós precisamos trabalhar isso.

Pesquisadora: Este caso o senhor sabe se foi aplicada medida de segurança?

Juiz 1: Não sei, eu não julguei. Na auditoria militar nós detectávamos várias situações relacionadas à dependência e na época eu tinha uma forma de julgar, principalmente que

tinha problema de embriaguez e praticava alguma conduta na época contra a instituição militar. Eu tinha uma concepção de julgamento de que aquela pessoa era doente e precisava de tratamento. Mas isso vinha de um acompanhamento médico, de um encaminhamento de que a pessoa precisa de tratamento. Esse tratamento pelo Estado é oportunizado. Às vezes você tinha um excelente profissional na área e praticava algumas condutas em razão da embriaguez. A pessoa era vítima do contexto e eu analisava na época todos estes pormenores e, até por uma questão de política criminal, eu tinha condições de absolver a pessoa. Por isso que é importante o acompanhamento médico em todas as órbitas.

Eu me recordo que recentemente, eu fui fazer uma audiência na vara de tóxico e notei que durante a audiência eu notei que o rosto da ré começou a inchar e ela explicou que tinha um problema que ela tinha um problema que ela inchava e chegava em um momento ela desmaiava. Por uma questão de política criminal eu determinei a soltura dela naquele dia mesmo. É o tipo de situação que mostra a importância da medicina para avaliar na análise da triagem daquela situação. Cuidar da área mental já no primeiro momento é um custo quase irrisório dentro de todo aparato estatal e daria mais substância para o juiz.

Pesquisadora: Com relação ao laudo pericial o que o senhor acha?

Juiz 1: Eu costumo chamar o psiquiatra em audiência como perito para falar da situação. O exemplo que dei da vara de execução penal ocorreu isso, havia laudos conflitantes e eu precisava do psiquiatra para confrontar.

Pesquisadora: Se o laudo atesta que a pessoa tem algum transtorno mental e a legislação penal hoje determina a internação, mesmo que exista o hospital de custódia, o senhor acha que esta internação fere a Declaração Universal de Direitos?

Juiz 1: Eu acho que qualquer tratamento que envolva saúde de modo genérico tem que ter tratamento de ordem familiar, eu acho que tudo passa pela família. Eu lembro que eu fui ver uma experiência interessante em Mato Grosso do dependente químico. Eles utilizam, em um primeiro momento, de internação. O dependente químico que começa a praticar crimes de agredir a família, ameaçar pessoas, furtar e tal, então em vez de ele mandar para um sistema penitenciário, ele opta por um sistema de internação com tratamento também da família para recepcionar esta pessoa ao final. A pessoa fica numa internação de 15 a 30 dias com acompanhamento de psicólogo, psiquiatra, nutricionista, é um sistema muito interessante. A família também passa por um tratamento para receber a pessoa mais a frente. Temos visto pessoas que, no lar, agredem a esposa e são vítimas do álcool em grau elevado, e em situação de flagrância é encaminhada para o presídio. Seria o correto? A minha visão é que não, inclusive eu defendo totalmente diferenciado. Agora é interessante fazer uma depuração nesta pessoa com relação ao alcoolismo, um tratamento com relação à família desta pessoa. São situações que precisam ser enfrentadas, mas não com pudor. Tem que verificar experiências que realmente deram certo e que não aflige a pessoa, que não intimida a pessoa, mas que também veja o seio familiar como um todo. Achei esta experiência muito interessante e de extrema valia. Em conversa com ele, o promotor de justiça que trabalhava neste juizado foi na época ser secretário de saúde e como ele tinha aquela visão sobre o que fazer com aquelas pessoas que chegavam ali e eles construíram aquela metodologia. Então é isso que precisa ser desenhado, às vezes você tem uma ideia e não extravasa.

Pesquisadora: O senhor já refletiu sobre o caráter perpétuo da medida de segurança?

Juiz 1: Isso tem que ser abalisado pelas pessoas da área de saúde com relação ao comportamento das pessoas. Porque existem alguns distúrbios que alteram totalmente a forma de agir da pessoa. Agora como que seria esse acompanhamento, esse levantamento. A pessoa tem condição de uma convivência social? Tem. É possível conviver socialmente com a pessoa. Daí eu indago: então para que manter uma medida de segurança? Não, esta pessoa não tem condição. Nós estamos dando medicamento e não é possível, isto ocorre. Então como que seria enfrentado este problema? Qual seria a melhor forma de tratamento humano daquela pessoa? Eu acredito sempre na recuperação, sempre na possibilidade de recuperação.

Pesquisadora: O senhor acredita na cura?

Juiz 1: Na cura eu não digo, mas na melhora sim. E uma melhora que possa ter uma convivência social. É verdade que eu não sou a pessoa mais abalisada na área de saúde para chegar e dizer determinadas situações pontuais, mas eu acredito que isso realmente se efetive no futuro com a evolução da medicina e do tratamento.

Pesquisadora: O senhor acha que o portador de transtorno mental autor de injusto penal aqui no Acre é tratado com dignidade? O que o senhor entende por dignidade?

Juiz 1: Eu acho que no Brasil nós precisamos tem uma nova visão com relação ao tratamento destas pessoas, porque é um problema de saúde que precisa ser enfrentado realmente de frente. E, como já falei por diversas vezes, tem família, tem sociedade, tem o aparelho do Estado, tem as instituições que estão em volta daquele problema em um primeiro momento. Porque não adianta só uma visão localizada sobre aquele problema que vai resolver, esse é um debate que precisa ser discutido.

Pesquisadora: Muito obrigada, o senhor tem algo mais a acrescentar?

Juiz 1: Eu acho que não, apenas penso que pode procurar esta audiência da execução penal que mencionei.

Pesquisadora: Muito obrigada.

JUIZ 2 – entrevista realizada em 16/11/2011 (duração 11'04'').

Pesquisadora: O senhor como um juiz com 16 anos de experiência, já teve algum caso de portador de transtorno mental autor de injusto penal?

Juiz 2: Sim. Já tive caso em que tive que sentenciar e aplicar medida de segurança e no caso específico foi muito difícil esta aplicação porque o Estado não dispõe de local adequado para cumprimento desta medida de segurança e isso criou um problema para que a gente resolvesse depois da sentença já que a penitenciária não é um local adequado e o único local que a gente achou que era o mais indicado não aceitava receber o apenado, que era o HOSMAC porque eles alegaram que lá eles não trabalham com segurança e se a pessoa quisesse ir embora eles não tinham impedir. Foi um

trabalho de convencimento para que eles mantivessem a pessoa lá porque eu entendia que não era adequado mantê-lo preso na penitenciária.

Pesquisadora: O senhor mesmo sem ser da vara de execução penal era quem determinada onde seria o cumprimento?

Juiz 2: Na sentença a gente já tem que informar onde seria o cumprimento, e na verdade ele continuou preso e depois é que vieram pedidos nestes sentido para que resolvesse onde colocava porque o Estado não dispunha de local adequado.

Pesquisadora: O senhor sabe depois onde ele ficou?

Juiz 2: Parece que houve um acerto com a direção do HOSMAC para que ele ficasse lá mas isso foi tratado pelo juízo da execução e isso foi uma solução arranjada porque lá não é um local adequado porque eles não têm vigilância para manter a pessoa lá se a pessoa quiser ir embora.

Pesquisadora: O senhor se recorda se fez aplicação do tempo de cumprimento desta medida de segurança?

Juiz 2: Sim. Tempo exato eu não sei, mas eu acho que foi fixado inicialmente um ano para depois ser reavaliado, porque sempre tem que ser reavaliado. Lembro que foi caso de uma pessoa que tinha praticado crimes de natureza sexual com enteadas.

Pesquisadora: Já faz muito tempo?

Juiz 2: Isso foi há cinco, seis anos.

Pesquisadora: Então há seis anos a situação que o senhor encontrou foi essa, e o senhor sabe se passado este período se foi construído algum local específico e como está sendo hoje o cumprimento?

Juiz 2: Olha, se foi construído algum lugar específico eu não tenho conhecimento, eu acredito que não foi. E acho que hoje a solução ainda são soluções arranjadas porque alguns eu sei que ficam até presos o que não é correto porque se não é aplicada medida de prisão então não tem porque ficar preso, mas eu tenho conhecimento de pessoas que foram sentenciadas e que ficaram presos nesta condição.

Pesquisadora: O senhor tem conhecimento da lei da reforma psiquiátrica que fez uma alteração no sistema de tratamento?

Juiz 2: Confesso que tenha ciência dela, mas não me debrucei sobre ela ainda.

Pesquisadora: Ela de fato preconiza este tratamento fora do manicômio, tanto é que houve a modificação do nome para hospital de custódia, para dar uma ideia maior para a medicalização. Mas ela vem com esta ideia da psiquiatria moderna de tratar sem reclusão. O senhor tem alguma opinião sobre esse tratamento sem reclusão na situação do portador de transtorno mental autor de injusto penal?

Juiz 2: Tenho sim. Eu acredito que a reclusão nunca foi solução para este tipo de problema. Tanto é que as experiências com manicômio sempre foram desastrosas inclusive para agravar a saúde mental das pessoas. As experiências que a gente tem conhecimento no Brasil todas fracassaram nesse sentido. E como, num paralelo de pessoas que tem alguma deficiência na escola, e que o foco hoje é incluir estas pessoas e não criar um ambiente específico para elas, o foco na educação é inclusão, eu acredito que com o deficiente a mudança deve ser neste sentido. Esta pessoa deve procurar meio de se integrar a outras pessoas e ir melhorando a saúde mental e quem sabe até obter a cura.

Pesquisadora: O senhor vê alguma forma de coibir esse tratamento que é dado aqui no Acre pelo fato de não ter um local? O senhor consegue enxergar alguma maneira alternativa?

Juiz 2: Eu acho que podia criar um ambiente diferente como foi criado recentemente um ambiente diferente para os menores que foram internados na pousada e que não era o caso de internação e sim de aplicação de outras medidas. Então eu acho que poderia que criar um ambiente diferenciado também para que pudesse cumprir estas medidas, mas com outro foco que não fosse realmente de reclusão.

Pesquisadora: Muito se fala sobre o caráter perpétuo da medida de segurança, o senhor tem alguma opinião sobre isso?

Juiz 2: Eu acho que prisão perpétua não resolve e internação perpétua para tratamento também não resolve. Eu acho que deve se procurar meio para dar condição para que a pessoa se trate e se possível vá até obter a cura da doença.

Pesquisadora: O senhor acha que a forma que aqui esta se lidando afronta a Declaração Universal dos Direitos Humanos?

Juiz 2: (sorri) Tenho certeza que afronta de maneira escancarada.

Pesquisadora: Qual a visão do senhor para a loucura?

Juiz 2: É difícil você que não é do meio médico dizer o que é a loucura. Na verdade eu não tenho uma convicção do que é. O que eu entendo por loucura é o que dizem para a gente que é, mas dizer em que grau que isso pode ser considerado a partir do que é ou não eu não tenho como avaliar.

Pesquisadora: Já teve alguma vez em que durante a audiência o senhor já se daprou com algum caso em que o senhor percebeu uma atitude um pouco diferente?

Juiz 2: Sim, várias vezes já me deparei com pessoas em audiências com comportamento que levasse a instaurar o incidente de insanidade mental e normalmente nos casos em que a gente ou percebe ou que o defensor já pede ou até o promotor, são casos que são constatados depois, é aquela ausência as vezes da pessoa que parece que está aqui fisicamente, mas não esta psicologicamente, as respostas desconexas.

Pesquisadora: Quando o senhor verifica isso de imediato em audiência e a pessoa esta presa, qual é sua atitude? O senhor põe a pessoa em liberdade?

Juiz 2: A regra não é colocá-la em liberdade, as vezes o que eu penso aqui pode não ser constatado depois pela perícia. Não é uma regra instaurar o incidente e já soltar, ocorreu em alguns casos, mas que eram casos em que não era caso de manter a prisão nem que não fosse portador de transtorno mental. A regra é que, mesmo instaurando o incidente, até sair o resultado mantem a prisão.

Pesquisadora: O senhor acha que seria interessante quando a pessoa é presa é logo feito o exame pericial físico, fazer também o exame da sanidade mental.

Juiz 2: Não acho que toda pessoa que for presa deveria ser submetida a exame prévio de sanidade mental, isso é desnecessário porque são pouquíssimos os casos. Então do universo de presos todo mundo fazer geraria uma dificuldade maior para o Estado. Nos casos em que se desconfia que tenha alguma indicação de que possa ser, poderia ser uma medida tomada logo no início até mesmo pela polícia técnica, mas fazer isso genericamente não acredito que seja uma medida produtiva que traga algum benefício porque são casos muitos raros.

Pesquisadora: Na sua visão a legislação penal tinha que ser adequada a este movimento antimaniconial? Ou o que se estava precisando era construir locais adequados?

Juiz 2: Eu acho que a legislação penal tem que se adequar as mudanças da sociedade. Então se este tipo de tratamento teve uma evolução com o tempo e se constatou que o método utilizado anteriormente não era eficiente eu acho que a legislação tem que se adequar aos novos tempos.

Pesquisadora: E a visão do senhor da dignidade do portador de transtorno mental?

Juiz 2: O grau de dignidade dele é o mesmo. É uma pessoa humana como qualquer outra e tem até que ter mais cuidado porque ele é portador de uma deficiência ou de um transtorno, eu acho que tem que ter todo o cuidado do mundo, como deveria ter com qualquer pessoa.

Pesquisadora: O senhor teria mais alguma coisa a acrescentar?

Juiz 2: (sorri) Não.

Pesquisadora: Muito obrigada.

JUIZ 3 – entrevista realizada em 17/11/2011 (duração 32'51'')

Pesquisadora: Bom dia, nesta experiência de 10 anos de magistratura, o senhor já teve algum contato com peciente portador de transtorno mental autor de injusto penal?

Juiz 3: Já tivemos vários processos em que foi necessário instaurar o incidente de insanidade mental para verificarmos se aquele réu, aquele acusado, ele tinha consciência do que estava praticando.

Pesquisadora: O senhor se recorda em que fase processual este incidente foi instaurado?

Juiz 3: Na instrução, na primeira fase. Alguns até mesmo depois de instruído quando feito o interrogatório percebemos que as informações não eram coerentes e aí instaurava o procedimento muitos, via de regra, pela defesa, mas eu me recordo um que foi até em plenário do júri em que eu não estava presidindo o julgamento e percebeu-se que a pessoa não tinha perfeito conhecimento dos fatos e foi então dissolvido o conselho de sentença e instaurado procedimento de insanidade mental e depois foi verificado que realmente a pessoa não tinha discernimento.

Pesquisadora: O senhor se recorda se esta pessoa estava presa?

Juiz 3: Não o caso era de réu solto e era um processo muito antigo que tinha sido pronunciado há muito tempo. E a família no julgamento trouxe também os papéis do acompanhamento dele no HOSMAC e daí se verificou que realmente já havia uma situação de fato em que a família já acompanhava e já levava este acusado ao HOSMAC. Daí durante o interrogatório se percebeu que não tinha a menor condição de submeter ao conselho de sentença aquele fato porque a pessoa tinha tudo para ser inimputável.

Pesquisadora: Foi declarada a insanidade?

Juiz 3: Foi. Daí foi mandado para a perícia e foi feita a perícia. E aí, no procedimento, ele foi julgado, veio para júri porque já tinha passado a fase de instrução, porque se ele tivesse detectado na fase inicial do processo, de formação da culpa, ele já poderia ter sido absolvido de imediato e, se fosse o caso, aplicar a medida de segurança e nem levar a plenário. Mas neste caso foi feito o julgamento em plenário, era um homicídio, e os jurados acabaram condenando. E aí foi aplicada medida de segurança, mas não a internação, porque ele já não oferecia mais risco à sociedade enfim, ele já estava controlado, fazendo tratamento, a família estava presente. Mesmo depois do recurso o tribunal manteve a decisão.

Pesquisadora: Então mesmo sendo caso de medida de internação, o magistrado aplicou a medida ambulatorial?

Juiz 3: O caso, se você fosse interpretar o que diz o CP o caso era de internação e pronto, mas ali você tinha toda uma situação de fato que não ensejava a internação e sim o tratamento ambulatorial. Inclusive o Ministério Público recorreu e o tribunal manteve a decisão do juiz.

Pesquisadora: E onde é dado o cumprimento aqui no Estado da medida de segurança de internação?

Juiz 3: Tinha-se o hábito de se mandar para o HOSMAC, mas só que o HOSMAC não é um local apropriado para isso. Um processo antigo que acompanhei bem na Comarca de Sena Madureira a pessoa tinha que ficar internada e a pessoa ficou na enfermaria da penitenciária Francisco de Oliveira Conde, na época. Agora não sei te informar corretamente se tem sido mantido na enfermaria, mas acredito que esteja sendo encaminhado para o presídio.

Pesquisadora: Em 2001 houve a reforma da legislação de saúde e preconiza-se, numa visão da psiquiatria mais moderna, um tratamento em meio aberto. O senhor entende

que esse tratamento é possível para o paciente que recebe a medida de segurança de internação?

Juiz 3: Ai nós temos toda uma questão que exige por exemplo se você vai e determina uma medida de internação, você tem que avaliar que esta pessoa tenha pelo menos indício de periculosidade. Se ela é perigosa, realmente, nós temos que saber quais são as causas desta periculosidade porque uma a pessoa que tenha este problema de saúde, uma vez realizado o acompanhamento psiquiátrico com medicamentos, nós temos a possibilidade que esta violência não venha a se repetir, não venha a ocorrer. Mas o que a gente vê em regra é que são poucas as famílias que efetivamente acompanham os seus doentes. E acabam deixando que esta pessoa, mesmo usando medicamentos e psicotrópicos, medicamentos fortes, esta pessoa venha a ter contato com bebida alcoólica ou com droga. Então nós temos, no caso de internação, em que seja recomendada legalmente a internação, nós teremos um pouco mais de um estudo psicossocial para verificarmos se aquela família realmente tem compromisso de acompanhar o seu paciente, o seu familiar. Porque se nós liberarmos, em que pese hoje exista toda essa não internação em manicômios, este entendimento de que pacientes com estes transtornos tenham que ser tratado em casa e no ambulatório, mas se ele não tem o acompanhamento da família aí fica difícil porque aí você passa a colocar a sociedade também em risco.

Tem um caso aqui em que ele foi a julgamento e foi condenado recentemente. Ele fazia tratamento no HOSMAC e já tinha medicamento e a família não controlava e o que acontecia era que ele tomava o medicamento e, porque estava solto, ainda bebia. Ai em uma destas situações em que ele estava bebendo no bar, agravando bebida e medicamento ele acabou matando outra pessoa e daí ele foi julgado e aplicado a internação. Acredito que ele foi encaminhado para enfermaria da Francisco Oliveira Conde.

Pesquisadora: A visão da medida de segurança é realmente de um tratamento. Aqui no Estado este encaminhamento para o presídio, o senhor acha que viola o direito dele de ser tratado com dignidade no que tange ao seu direito à saúde?

Juiz 3: O local é inadequado não tenha dúvida porque uma enfermaria de um presídio comum ela não tem estrutura adequada para atender uma pessoa que muitas vezes pode estar num surto lá e acabar se lesionando e lesionando outras pessoas, e você também pode ter uma exposição desnecessária de uma pessoa com transtornos mentais junto com outros e isto não é adequado. Deveríamos, com certeza, ter um local próprio para isso, com estrutura própria. A gente também tem que entender que isso viola a dignidade humana, ofende claramente os tratados internacionais, Pacto San Jose da Costa Rica, mas temos que ponderar que existem pessoas na sociedade que também não podem ficar exposta a uma violência ou ao descuido da família. Eu acho que hoje, já que temos este viés de não internar, só em casos extremos, nós temos que ter uma responsabilização da família, passa a ser um problema clínico, médico, psiquiátrico e social.

Pesquisadora: O senhor acha que o magistrado quando vai decidir pela internação ou não falta a ele subsídios técnicos ou médicos para auxiliá-lo?

Juiz 3: Eu acho que a perícia é essencial e tem que ser muito bem realizada e abordada pelos psiquiatras e peritos, enfim, no sentido de que aquela pessoa oferece ou não hoje após o crime enfim uma situação de risco. Porque hoje se faz a perícia ela vai buscar se

na época do fato se ela tinha consciência, ou não, do que estava praticando, se tinha domínio ou não, aqueles quesitos que, via de regra, são jargões. Talvez a perícia, ela poderia ser mais complexa se tivesse uma abordagem social. Eu acredito que seria melhor, mas também nada impede que o magistrado durante a oitiva das testemunhas possa captar esta informação, principalmente das testemunhas arroladas pela defesa. Se a defesa tem uma convicção que seja possível uma condenação, a própria defesa teria este dever de trazer estas informações, através de testemunhas ou informantes da própria família, que desse a possibilidade ao magistrado de verificar se aquela situação hoje não oferece mais fundamentos para internação, como este exemplo que lhe falei.

Você faz um paralelo, se hoje é uma exceção da exceção decretar uma prisão preventiva, já existem outras medidas processuais alternativas para você não decretar uma prisão preventiva. Você já tem a substituição das aplicadas, das penas privativas de liberdade por restritivas de direitos, você também pode sim hoje ter uma nova análise de que a internação só vai se justificar se aquela pessoa apresentar uma esquizofrenia paranóica, enfim, alguma coisa descontrolada que justifique você manter a internação, caso contrário não.

Pesquisadora: O senhor acha que a legislação penal esta defasada neste assunto?

Juiz 3: Com certeza. Deve ter um novo viés sim. Eu acredito que a internação deve ser reformulada tão somente para aqueles casos que ofereçam periculosidade comprovada pela perícia, só nestes casos você deveria. Mas também você deveria ter até mesmo um acompanhamento do Estado nesses casos em que nós temos a internação, não só a família cuidar do tratamento ambulatorial, mas o Estado, de uma forma preventiva, através de seu quadro de assistente social, atuar para verificar se aquela pessoa esta sendo tratada. Ou mesmo reformulada a legislação de execução penal onde você poderia ter tratamento ambulatorial todo o mês e a pessoa comparecer e passar por uma nova avaliação então acho que isso seria interessante.

Pesquisadora: Com relação a indeterminação temporal da medida de segurança, o senhor acha que isso pode levar a uma espécie de prisão perpétua?

Juiz 3: A limitação de uma pena normal seria uns 30 anos, se você admitir este viés para a medida de internação você também teria esta barreira dos trinta anos. A menos que você mude o sistema porque você tem uma parte da doutrina que não me recordo muito bem, você poderia prorrogar, mas acho que esta prorrogação teria ser reavaliada. Se você permite uma pessoa normal, em tese, uma pessoa de alta periculosidade social, com 30 anos no máximo tem que sair, porque você não faria isso com uma pessoa de medida de segurança? Seriam tratamentos diferenciados.

Pesquisadora: Qual a visão do senhor para a loucura?

Juiz 3: São vários fatores da loucura. Alguns desencadeados por questões genéticas, temos também as questões de trauma de pessoas que acabam sofrendo um acidente e tendo um trauma e aquilo ali com o tempo acaba desenvolvendo situações de violência. Isso na própria criminologia a gente encontra estas informações. Definir o que é loucura partiria do próprio conceito de culpabilidade se a pessoa tem conhecimento do fato enfim. Eu acredito que ela hoje, neste momento que a gente passa, que a loucura é realmente um problema de saúde em que hoje, queira ou não, você já tem as doenças bem definidas, até por ter CID e seus estudos e definições pela psiquiatria. A loucura

para mim é aquilo que está definido pela psiquiatria como doença porque você tem pessoas que cometem crimes com os mesmos requintes de crueldade e de violência e que você não detecta num viés clínico médico nenhum sinal de doença, de transtorno.

Pesquisadora: O senhor acha que haveria algum método mais adequado aqui no Estado do Acre, já que aqui não dispõe de um estabelecimento adequado para cumprimento da medida de segurança?

Juiz 3: Eu fico vendo que a gente vive uma contradição, recentemente nós tivemos a alteração da legislação de tóxico em que ocorreu uma despenalização em tese dos crimes que eram considerados crimes anteriormente do uso de drogas. Antigamente você tinha até a possibilidade de apenar com privação de liberdade. Com a mudança da legislação em razão de que o uso de droga deixou de ser crime, para ser mais um problema social, médico, então foi criado [sic] novas penas que é a advertência, prestação de serviço à comunidade e aquela medida de você fazer o tratamento médico em clínicas para tratamento de pessoas com dependência, e infelizmente hoje você não vê locais, são raríssimos os locais que funcionam de forma precaríssima e a gente vê centenas de pessoas em situação de drogadição a noite nas ruas e você não tem local adequado para tratar estas pessoas. E hoje você vê uma mesma relação de que hoje nós temos esta nova visão de que nós temos que evitar a internação, mas não temos muitas alternativas para tratamento, nós não temos talvez um meio termo entre a internação e o tratamento ambulatorial. Talvez nós tivéssemos que repensar conjuntamente, porque isto é uma questão interdisciplinar, você não pode só o legislador estabelecer alguma coisa, nós temos que fazer um estudo interdisciplinar entre juristas, médicos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, para nós reformularmos esta questão da internação ou do tratamento ambulatorial das pessoas que são inimizáveis.

Pesquisadora: Até se criar uma alternativa assim, a pessoa, considerada periculosa, necessitando de internação e não havendo local adequado, o senhor entende que a saída é manter na enfermaria do presídio?

Juiz 3: Erh... é uma solução que se é aplicada, não se nega, mas também ela não pode morrer por si só. Você também numa decisão poderia muito bem está oficiando ao governo do Estado, à Assembléia Legislativa, até mesmo às comissões regulares de direitos humanos para que pudessem esta discutindo aquele caso.

Pesquisadora: O senhor tem conhecimento se isso é feito?

Juiz 3: Não. Confesso que não fiz isso em nenhum processo e isso é uma reflexão que a gente faz nesta conversa. Seria o caso de você começar a impulsionar o Estado a fazer uma estrutura, veja o que o Estado fez, ou não, com o regime aberto. O regime aberto deveria haver uma casa do albergado onde a pessoa deveria se recolher nos finais de semana, fazer cursos, mas hoje eu desconheço qual o Estado que exista um local como determina a lei, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, que determina que tenha esta estrutura e a jurisprudência foi decidindo que os tribunais, enquanto você não tem um local adequado, você cumpre numa forma de prisão domiciliar, se recolhe em sua casa, e existe uma tentativa de fiscalização.

Agora a internação pode ser abreviada ou evitada se nós tivéssemos elementos já desde a perícia, elementos médicos, clínicos e também uma boa instrução do processo, isso já impulsionado pela defesa, mostrando que aquela pessoa já é acompanhada por médico e

faz tratamento e medicação e que hoje não reflete mais numa periculosidade. Isso poderíamos evitar [sic] a internação, agora se a pessoa oferece periculosidade acentuada que esta pessoa em liberdade venha afetar outras vidas, outros bens, aí eu não vejo outro caminho, enquanto não tiver uma estrutura adequada senão determinar a internação dele nesta forma.

Pesquisadora: Ajudaria ao magistrado na condução desta instrução se, assim que a pessoa for presa, antes de ser encaminhada para o presídio, tal qual hoje é feita o exame de corpo de delito, ser possível esta pessoa ser submetida ao exame de sanidade mental?

Juiz 3: Seria interessante porque se você tem um crime, tem uma pessoa que possivelmente venha a ser considerada como inimputável, enquanto isso não for detectado, em tese, ela estaria misturada com outros presos provisórios, então aí vem a importância que a família viesse a impulsionar isso através do advogado ou defensor público, trazer esta notícia para que pudesse ser instaurado o incidente.

Eu também vejo, muitas vezes, a limitação dos laudos com a entrevista do paciente e, no máximo, com a pessoa que leva ele até o IML para fazer a perícia. Então seria interessante e isso não seria interferir na ciência médica, seria, neste momento, já você ter abordagem clínica e também a psicológica, social. Se tivesse isso talvez não seria nem caso de preventiva ou de temporária, mas um outro instituto criado para atender estas pessoas presas provisoriamente.

Pesquisadora: Em alguns Estados, e especificamente Minas Gerais que tem um programa de assistência voltada ao portador de transtorno mental, há toda uma rede articulada evitando esta internação. Então se aqui no Acre tivesse um sistema deste o senhor teria algum receio em deixar de aplicar a internação e encaminhar a pessoa para esse centro de apoio?

Juiz 3: Não, com certeza seria muito adequada esta rede montada com um bom protocolo de atuação sabendo todos os agentes envolvidos, uma estabilidade sabendo como são montadas.

Pesquisadora: Eu agradeço e pergunto se o senhor tem algo mais a acrescentar?

Juiz 3: Eu digo que hoje a sociedade está debatendo, tanto que a gente tem esta interpretação da legislação de evitarmos o máximo de internação. Mas a gente precisa de uma boa alteração legislativa do Código Penal e da Lei de Execução Penal porque acredito que ela não contempla mais esta interpretação de hoje. É um problema de saúde pública. Nós precisamos mudar a legislação, mas também mudarmos a concepção de seus atores aplicadores para que a internação seja a última hipótese.

Pesquisadora: Muito Obrigada

Juiz 3: De nada.

JUIZ 4 – entrevista realizada em 17/11/2011 (duração 18'57'')

Pesquisadora: Em 23 anos de magistratura o senhor já deve ter se deparado com casos de portadores de transtornos mentais autores de injusto penal, existe algum caso que queira relatar?

Juiz 4: Na realidade a gente tem se deparado com este tipo de situação muito e especialmente em decorrência do uso de droga, pois em sua grande maioria os transtornos são decorrentes do uso de droga. Evidentemente, nestes 23/24 anos de magistratura eu tive que aplicar algumas medidas de segurança. Eu não sou muito adepto ao instituto porque a gente aprendeu, ainda em faculdade, que é uma medida muito extrema e só aplicada em casos excepcionais, até porque a gente percebe que o Estado não tem condição de assistir o elemento que é submetido a este tipo de sanção, especialmente aqui em Rio Branco em que temos apenas uma casa, um hospital que cuida deste tipo de pessoas e, via de regra, eles oficialiam dizendo que não tem condição, não tem medicamento, não tem leito, não tem estrutura profissional adequada para trabalhar.

Pesquisadora: Mas o senhor tem conhecimento de alguma medida de segurança de internação que tivesse sido cumprida no HOSMAC?

Juiz 4: Não, só ambulatorial, a gente faz alguma gestão no sentido de que eles nos ajudem e via de regra não temos conseguido. Parece que só tem um ou dois médicos especializados aqui em Rio Branco e quando há este tipo de situação terá que haver toda uma estrutura de segurança e acompanhamento.

Pesquisadora: Então não havendo o senhor se recorda dos casos em que o senhor sentenciou onde foi dado cumprimento da medida de segurança?

Juiz 4: No caso aqui o presídio determinou uma área dentro da unidade prisional para este tipo de situação. O que terminou por fugir a finalidade porque o preso passava o dia com os outros, ou seja, a medida de segurança sem uma assistência médica especializada ela perde o objetivo dela.

Pesquisadora: O senhor tomou conhecimento da lei de reforma psiquiátrica que tentou dar uma nova visão ao tratamento do portador de transtorno mental, o que o senhor acha?

Juiz 4: Eu acredito que isso seja dada a impossibilidade do Estado prestar este tipo de atividade. Eu acredito que o espírito da lei seja o mais adequado a nossa realidade.

Pesquisadora: O senhor acredita que o portador de transtorno mental autor de injusto penal pode ser tratado em meio aberto?

Juiz 4: Eu não acredito que ele seria tratado. Até porque a maioria, quando isso ocorre, é de pessoas muito humildes e elas não têm condição de enfrentar a situação. É difícil você dizer que acredita no tratamento aberto, mas é melhor você ser levado para casa do que ser deixado no presídio junto com outros presos, onde os danos são muito maiores

onde ocorre desde espancamento, estupro e a pessoa portadora deste tipo de conduta ela não raramente ela entra em conflito com outros presos e acaba levando a pior.

Pesquisadora: Então no seu entendimento chegando um caso desses e tendo conhecimento que aqui não tem hospital de custódia o senhor prefere...

Juiz 4: Eu prefiro, diante de um caso deste, conversar com os familiares e aplicar o tratamento ambulatorial, mesmo que seja um crime grave, porque entre os males o menor. Digamos que a conduta seja perigosa, então você vai ter dois valores, a questão da periculosidade do elemento e a segurança da sociedade, ou seja, a tutela da sociedade. Eu acho que nestes casos, se o Estado não tem condição, eu não assumiria com a responsabilidade de colocar a pessoa no presídio, quando o Estado não tem condição, acho que é muita responsabilidade por parte do juiz.

Tenho visto aqui no Acre inclusive assassinatos de pessoas que são levadas ao presídio, pessoas portadoras de distúrbios e lá são assassinadas por outros presos, em função de enfrentamentos, então a questão é complicada e precisa ser estudada.

Pesquisadora: O senhor acha que mantê-los lá viola o princípio da dignidade da pessoa humana?

Juiz 4: Com certeza. Manter uma pessoa doente mental no presídio junto com outros presos perigosos sem os cuidados necessários, isso viola o princípio da dignidade humana. Tivemos um caso aqui de uma pessoa que foi levada ao presídio e foi violentada, e este rapaz era portador de transtorno. Quando ele saiu, a situação se tornou muito mais difícil, e estes dias eu o vi perambulando pela cidade completamente desassistido por familiares e pelo Estado também.

Pesquisadora: O senhor acha que teria alguma incongruência entre a legislação penal hoje e a realidade inclusive da reforma psiquiátrica?

Juiz 4: Uma coisa que temos nos debatido muito na área penal é a questão do distúrbio em decorrência do vício da droga porque é um volume muito grande. Eu tenho feito algumas gestões junto à Presidência da República, Congresso Nacional, no sentido de dar conhecimento e no sentido de que seja criadas políticas públicas no sentido de assistir este pessoal. Aqui no Estado do Acre tem uma salinha no pronto socorro com três camas, uma enfermeira e os médicos que passam por lá, isso para o tratamento de dependente químico. Então com certeza, entre a realidade legal e a realidade prática, há um distanciamento muito grande. Eu tenho dito que o Estado tem que se preocupar com a questão do drogadito até por uma questão de políticas públicas voltadas para atender este demanda e dentro deste contexto estaria também o psicótico porque o mesmo profissional que trataria um dependente químico trataria uma pessoa portadora de distúrbio.

Pesquisadora: Qual seria a visão do senhor para a loucura?

Juiz 4: A sociedade de um modo geral não tem noção do que seja uma pessoa portadora de um desvio de conduta, um psicótico. A sociedade pouco tem conhecimento dessas questões. Mas quando surge aqui no Acre as coisas são raras, você não vê portador de esquizofrenia profunda, mas quando surge há uma preocupação. Mas no geral a sociedade não tem este tipo de preocupação. Porque estas coisas a gente toma mais

conhecimento por causa da imprensa, matadores em série. A família ainda esconde muito, como se fosse quase como um tabu, o portador de um distúrbio psiquiátrico é tratado com uma certa preocupação por parte dos familiares. Porque este tipo de coisa quando é dentro de uma família bem estruturada ele vai a tratamento dentro de um corpo médico, quando não, os familiares das pessoas pobres ficam a mercê dos prontos socorros.

Pesquisadora: O senhor acha que o magistrado fica ainda muito refém do Estado e da avaliação médica?

Juiz 4: O magistrado embora tenha independência para decidir dentro de uma linha de convicção baseada em conhecimentos do próprio juiz, mas ele fica ainda muito refém da orientação médica, até porque é mais fácil você decidir seguindo a orientação de um médico, do que muitas vezes você decidir de maneira precipitada, com base em seus conhecimentos que são muitas vezes limitados.

Pesquisadora: E a respeito do preso provisório, logo que se comete o delito ele é encaminhado para o presídio e fica já inicialmente junto com outro preso, o senhor já refletiu sobre isso?

Juiz 4: O caso geralmente é levado ao conhecimento da Defensoria Pública pela família e quando a informação chega em juízo a gente procura dar conhecimento ao Ministério Público e imediatamente instauramos o incidente. Mas temos conhecimento de que muitos são recolhidos ao presídio, portadores de deficiência, sem que seja instaurado o incidente.

Pesquisadora: Este incidente costuma domorar?

Juiz 4: Ultimamente não, ele tem demorado uns dois, três meses, às vezes o próprio familiar do acusado preso dificulta e não leva a fazer o exame quando ele está solto. Ainda é muito tempo, mas o corpo médico do IML são apenas de três médicos e isso dificulta, mas não tem outra solução. Antigamente você já nomeava o perito, mas agora é o IML quem faz. Eu tenho a impressão que se nós tivéssemos um corpo de psiquiatras contratados, eu acredito que com esta nova política do governo no sentido de criar unidades hospitalares voltadas a atender esta demanda eu acredito que este problema será amenizado.

Pesquisadora: O que o senhor acha da ideia de que a pessoa fosse submetida no momento da prisão fosse realizada um exame de sanidade mental?

Juiz 4: Seria uma ideia boa e que poderia ser pensada como um adendo a legislação processual. Quando a pessoa for submetida ao exame de corpo de delito o médico já faria uma avaliação se existe algum comprometimento mental por parte do agente.

Pesquisadora: Aqui no Estado o senhor conhece alguma política voltada para o atendimento do portador de transtorno mental autor de injusto penal?

Juiz 4: Não há. Há uma dificuldade de estrutura profunda nesta área, ultimamente já se fez alguma coisa, mas é preciso que se faça mais.

Pesquisadora: A gente verifica que são poucos os casos de medida de segurança...

Juiz 4: São poucos até porque durante uma certa época nós tínhamos no Estado do Acre apenas meia dúzia de juízes então existia casos, mas como não tinha juízes para despachar, não se aplicava e a coisa passava despercebida e o agente era colocado em liberdade e entregue a família.

Hoje a falta de estrutura acaba influenciando o magistrado a não aplicar a medida de internação e aplicar o ambulatorial, tanto é verdade, e hoje estou tendo um problema desse em que houve constatação através da perícia, mas que por falta da estrutura de atendimento a gente vai divergir do laudo e a gente está optando por colocar a pessoa em tratamento ambulatorial e a família procurar assistir porque não adianta, o presídio não tem condição.

Pesquisadora: O senhor acha que mantê-lo lá afronta a Declaração Universal, o princípio da dignidade?

Juiz 4: Com certeza afronta o princípio da dignidade, pena degradante, porque esta gente chega no presídio e lá começa a sofrer atentados na sua estrutura sexual e são pessoas que começam, por não ter noção, começam a afrontar certas pessoas e terminam apanhando e as vezes são assassinados.

Pesquisadora: Doutor, eu gostaria de agradecer e saber se o senhor tem mais alguma coisa a acrescentar.

Juiz 4: Não, não.

JUIZ 5 – entrevista realizada em 18/11/2011 (duração 17'53'')

Pesquisadora: Nesses 18 anos de magistratura a senhora já deve ter pego algum processo que tivesse portador de transtorno mental, lembra algum caso?

Juiz 5: Na maioria dos casos em que peguei processo de portador de transtorno mental a gente aplica medida de segurança. Mas a frustração nestes 18 anos de magistratura continua nestes casos porque a gente aplica medida de internação, mas nós não temos um hospital, um manicômio judiciário aqui e nunca houve. Um paliativo que se colocava antigamente era na enfermaria da penitenciária Francisco de Oliveira Conde, só que eles ficavam juntos com outros enfermos que sequer tinham transtorno mental, e isso era um motivo de constante desavença, uma complicação para se estabelecer a ordem dentro da enfermaria.

Então eu pelo menos tenho optado que, muito embora a lei diga que tenha que ficar internado, eu não tenho condições. O HOSMAC não aceita que a gente interne eles lá e que fiquem como que cumprindo pena lá. Então eu aplico a medida ambulatorial. Esta medida ambulatorial não surte nenhum efeito porque eu não tenho pessoas para fiscalizar, apesar de sempre chamar o pai, o responsável, o tutor, mas eu não tenho como controlar isso. Até mando ofício para a instituição para ela me mandar se está cumprindo direitinho, alguns mandam, alguns não. Eu queria que a instituição mandasse mensalmente, e eles uns mandam, outros não. E como a demanda com réu preso é muito grande a gente acaba encostando estes casos. Para mim e outros colegas da área criminal a gente fica frustrada com relação a isso porque o que acontece é que ele está na

rua hoje com transtorno, ou lá dentro de novo por causa de outro flagrante. Então o trabalho foi inócuo, a gente não vai recuperar esta pessoa, a família muitas vezes desiste porque é um encargo muito grande. Então, pelo menos da minha parte, é uma decepção quando chega estes casos porque eu não vou poder fazer justiça, não vou poder cuidar desta pessoa, e o Estado também não está interessado em fazer a sua parte. Muito embora eu saiba que existem ações civis públicas no ministério público que já foram ingressadas no judiciário. Em primeira instância são dadas liminares no sentido da construção de um espaço não só para este tipo de caso, mas também para o dependente químico, e, quando chega no segundo grau, isto é reformado ou adormece em berço esplêndido e nada é feito.

Pesquisadora: A aplicação que a senhora faz de tratamento ambulatorial em vez de internação, a senhora sempre fez isso ou isso ocorreu depois da reforma psiquiátrica?

Juiz 5: Não, eu colocava primeiro na enfermaria da penitenciária, jogando a responsabilidade para eles lá, mas aí eu decretava medida de internação.

Pesquisadora: Em que momento a senhora tomou a decisão de não mais aplicar a medida de internação?

Juiz 5: Com a reforma psiquiátrica, ela me influenciou neste sentido.

Pesquisadora: A senhora acredita no tratamento em meio aberto?

Juiz 5: Acredito se ele fosse feito da forma como previsto, indo lá tomando remédio e tendo a família também que é a base de tudo, mas às vezes ela não ajuda.

Pesquisadora: A senhora tem algum conhecimento de que hoje exista paciente judiciário detido na penitenciária ainda?

Juiz 5: Tenho conhecimento de que nem todos os meus colegas aplicam o ambulatorial e sei que tem pessoas internas na penitenciária hoje.

Pesquisadora: A senhora acha que fazer isso atenta contra a dignidade do paciente?

Juiz 5: Com certeza.

Pesquisadora: E a respeito da legislação penal não estabelecer tempo máximo para cumprimento da internação, a senhora já faz alguma reflexão.

Juiz 5: Já fiz. Eu sou a favor de que tenha que ter um tempo determinado, todavia se todos os órgãos trabalhassem como deveria ser, pois já vimos em nível nacional alguns casos em que a pessoa ainda não estava apta de ser reinserida na sociedade e voltou a cometer crimes acredito que por profissionais que não estavam com aquela responsabilidade de fazer um estudo bem feito sobre aquele indivíduo.

Pesquisadora: A senhora já teve contato com algum laudo de sanidade mental e periculosidade produzido aqui? A senhora tem alguma sugestão para melhorar o laudo?

Juiz 5: Já tive contato com os laudos e acho que ele é muito evasivo, são muitas indagações que o magistrado, o defensor, o advogado e o ministério público poderiam fazer. Os quesitos apresentados pelo código são secos e o profissional lá já não tem esta disposição, porque tem outros afazeres, pois não trata só destes casos, e em vez de aprofundar o questionário para nos ajudar eles preenchem de uma forma simples demais (SIM/NÃO) e não diz muita coisa. Eu vejo que mudou muito na justiça da infância e juventude porque eles agora tem uma equipe lá de psicólogo; Maria da Penha acredito que também mudou, mas nas varas criminais não existe equipe para trabalhar com pacientes com transtornos mentais que cometem crimes. Não quero dizer nada do pessoal do HOSMAC porque eles trabalham dentro da medida do possível porque a carga é enorme e só existe este hospital. Eu acho que só deve ter no máximo cinco psiquiatras no acre, muito insuficiente para a demanda.

Pesquisadora: Existe alguma incongruência entre o que a reforma psiquiátrica preconiza e a legislação penal neste aspecto?

Juiz 5: Acho que sim. Deveria dar ao magistrado mais mecanismos depois para a gente poder aplicar e tudo em prol da dignidade desta pessoa que esta com este transtorno.

Pesquisadora: A senhora acha que seria interessante a ideia de que no momento em que pessoa for presa e submetida ao exame de corpo de delito ser também submetido ao exame de sanidade mental?

Juiz 5: Depende do caso, porque nem todo o preso em estado de flagrância a família está lá e vai acompanhá-lo, se isso fosse obedecido, a família iria lá dizia que ele já tinha um histórico de problema e aí, neste caso, eu acho que deveria imediatamente ser encaminhado para o HOSMAC pelo menos nos três primeiros dias para se acalmar, já que na penitenciária não tem isso. Todavia não tem leito lá para todo mundo, então fica difícil fazer exames com todos. Então a minha opinião é que se a família fosse lá poderia ser. Muitas vezes o transtorno mental é muito da dependência, do vício, já não é mental. Mas é claro que já usou tanto que fica com problemas mentais. Mas eu acredito que se houvesse um hospital, dentro do complexo penitenciário para estas pessoas viciadas, eles iriam sair de lá restabelecidos e seriam reinseridos na sociedade. Do jeito que está, a gente só aplica a pena, ele cumpre este 1/6 da pena e vai sair de lá e não vai ter recuperação, porque ele continua viciado. Isto o preso comum. Nestes casos do drogado, que apresente este tipo de transtorno mental, se tivesse este hospital ele seria tratado lá e seria diagnosticado que este transtorno mental só existe em razão do vício e não em decorrência do transtorno mesmo.

Pesquisadora: Hoje na situação atual do Estado, a senhora vê alguma alternativa que pudesse ser construída?

Juiz 5: Não vejo alternativa atual. Acho que tinha que haver uma mobilização. É muito fácil eu estar falando tudo isso e não fazer nada, mas eu acredito que deveria ter nós [sic], juizes criminais, advogados criminais, a defensoria pública e todos os órgãos que trabalham com justiça criminal, deveríamos nos unir porque a união faz a força. Só que cada um fica acomodado. Eu posso ter uns seis, sete casos e eles estão na rua cometendo crimes, de novo, podendo até matar uma pessoa e eu estou aqui de braço cruzado. Mas aí também levo em consideração os outros aspectos como já falei, a demanda é muito grande, a falta de juizes é a olhos vistos no Estado, poderia ter sido aberta novas varas e

tudo, então no dia a dia a gente vai se acomodando e deixando isso e quando ele retorna para cá, é a mesma situação, ninguém vai poder fazer nada e a família, por sua vez, já está cansada, não tem condições mesmo de acompanhar. Eu acho que nós deveríamos refletir e sair desta inércia que nós temos e tentar dar dignidade a esta pessoa, porque ela não pediu para ficar doente. A gente pode ter um tratamento adequado, mas estas pessoas carentes não. Então o ideal seria cada juiz fazer sua reflexão, sua mea-culpa e pedir então ao executivo e ao judiciário nas instâncias superiores, que a gente possa mudar este quadro.

Pesquisadora: Muita gente associa a loucura com a periculosidade. Qual a visão da senhora sobre a loucura?

Juiz 5: Acredito que a loucura é sempre perigosa, eu tenho 100% na minha humilde concepção de que ela é perigosa. Eu tenho uma tia que é tutora de um rapaz esquizofrênico, bipolar. Ele tem ímpetos de loucura e a gente tem que ficar um pouco já naquela defensiva. Conversa com ele já preparada para algum tipo de agressão. Então eu acho que é perigoso e deveria ter um tratamento diferenciado e responsável.

Pesquisadora: A senhora conhece algum Estado no Brasil que faz um tratamento diferente ao portador de transtorno mental autor de injusto?

Juiz 5: Não, não conheço. Eu vejo muito que no Rio de Janeiro tem manicômio judiciário. Mas um tratamento que não seja se manicômio judiciário eu não conheço.

Pesquisadora: Muito obrigada, a senhora tem alguma coisa mais a acrescentar.

Juiz 5: Não, eu queria só que este quadro mudasse porque a gente fica frustrado.

JUIZ 6 – entrevista realizada em 12/01/2012 (duração 11'33'')

Pesquisadora: Boa tarde, a senhora tendo atuado muito tempo na vara de execução penal, com certeza lidou com a questão das pessoas que cumprem medida de segurança aqui. Queria que a senhora falasse um pouco de sua experiência.

Juiz 6: Eu fiquei à frente da vara de execuções penais desde 2007 até o mês passado e, durante este tempo, o que vem angustiando muito a gente não é a questão do número de medida de segurança, porque este número é muito pequeno, o problema que a gente via é que pessoas condenadas em crime muito perigosos, este pessoal progredia de regime e saía e o pessoal da medida de segurança lá. E todo ano a gente pedia o exame de cessação de periculosidade e sempre o resultado era sempre o mesmo, por sinal parecia que era fotocópia do relatório passado sempre que a pessoa não estava preparada para o convívio social. Então eu fiquei pensando nossa acho que a defesa está até errando em pedir medida de segurança para o reeducando, pois ele está saindo muito mais prejudicado do que cumprir pena efetivamente. HOSMAC não está ajudando porque diz que hospício não é local de internação e a gente sempre enfrentava este problema que o interno sempre o exame dele dava que ele não estava apto ao convívio da sociedade. Então, no final de 2009, nós sentamos e conversamos com o psiquiatra que estava respondendo na penal, Dr Sávio, ele contribuiu muito, conversamos o ministério público, eu, a defensoria e pedi que ele acompanhasse por um período X cada caso e

depois se o senhor disser para mim que ele está apto se tiver o acompanhamento da família, a gente experimenta o acompanhamento para o tratamento ambulatorial. Foram 09 casos que ele acompanhou. A gente chegava em audiência, chamava o parente e aí sentia se o parente iria assumir não vai assumir, e eu exigia o acompanhamento da equipe técnica da CEPAL na época para fazer visitas nos vizinhos para saber como estava sendo o comportamento. Desses 09 apenas 01 retornou ao sistema porque cometeu um furto. Os outros 08 até hoje nós não temos notícias deles cometerem qualquer delito, e ele continuam sendo acompanhados, a família está acompanhando e a medida ambulatorial está sendo mais do que suficiente. Eles têm um prazo que a gente acompanha para depois o Ministério Público se manifestar sobre a extinção da punibilidade.

Pesquisadora: E refletindo um pouco sobre o fato da medida de segurança não prevê um tempo máximo?

Juiz 6: Então, é isso que eu estou falando, eu achava até que a defesa estava pecando em pedir medida de segurança porque quem era condenado daqui há pouco progredia de regime pegava o regime aberto, daqui a pouco saía e quem tava em medida de segurança estava lá dentro e não podia nem sair do lugar e tem muitas limitações lá dentro. Nós tentamos de tudo. A nossa preocupação não era tanto com a medida de segurança, mas sim com as pessoas que estão lá dentro com uso de droga. A gente sempre pediu ao IAPEN para separar um pavilhão bem próximo ao centro médico, para a gente ter certeza que este doente estava tomando este remédio. Temos notícias que nem sempre este remédio chega para ele, às vezes chega na cela e outro preso toma dele, a gente nunca tinha certeza se ele estava sendo medicado.

Pesquisadora: E este pavilhão foi construído?

Juiz 6: Este pavilhão não foi construído até agora, a gente queria nem que fosse uma ala para colocar estes doentes, para que o próprio auxiliar de saúde, ele mesmo administrar o remédio para ele.

Pesquisadora: Então isso não foi feito e as pessoas ficavam nas celas misturados com os outros?

Juiz 6: Sim ficavam misturados com os outros presos. Recebemos muitas reclamações de internos que dizem que eles não recebem medicamento. A administração garante que manda, embora às vezes confessem que não têm. E ainda tem o problema do convívio. Porque a gente acaba que ficando obrigado a colocar eles juntos com outros e tem casos que fica até difícil de conviver. Temos um caso na Antônio Amaro que no dia de visita tem que colocar ele no pavilhão 1 que é do isolamento porque ele simplesmente joga fezes e urina, então para ter a visita, ele tem que ir pro isolamento.

Pesquisadora: Em 2001 houve a reforma psiquiátrica, com o advento do tratamento em meio aberto. Da sua experiência, a senhora acredita que o portador de transtorno mental autor de injusto pode ser inserido neste tratamento em meio aberto?

Juiz 6: Então, estou falando que dos nove que nós pegamos, oito conseguimos. Agora o que é preciso? É preciso ter firmeza com família, que tenha um responsável primeiro que ele vai cuidar do comparecimento no HOSMAC, administrar o remédio, qualquer

problema procurar a gente. Se for garantido um tratamento eu sou completamente favorável, mas a família tem que estar atenta e tem que colaborar e se não, não tem jeito.

Pesquisadora: A senhora acha que seria viável no momento a prisão já submeter à pessoa ao exame de sanidade mental?

Juiz 6: Não sei se fazer o exame de sanidade antes resolveria porque tem a situação do usuário de droga e o que vai dar de pessoas neste estado não tem como acreditar. E o pior é que este problema vem se agravando lá dentro, porque por mais que a gente lute o presídio é a maior boca de fumo que tem.

Pesquisadora: Então a senhora faz ligação do usuário de drogas com o distúrbio mental?

Juiz 6: Sim, porque a maioria que está lá dentro que entraram com pena a cumprir, eles estão demonstrando estes sintomas pelo uso de droga mesmo.

Pesquisadora: E a lei de droga veio e deu um tratamento diferenciado para o usuário, mas para o portador de transtorno mental...

Juiz 6: Não fez nada... Por sinal, nós somos favoráveis ao tratamento que foi dado pela lei ao usuário de drogas. O usuário que vem aqui a gente submete a palestras, a grupos para dependentes químicos, a grupos de convivência diária entre eles, e acreditamos que ele é doente também e deve ser tratado como tal, muitos deles pedem internação, pede para frequentar alguma entidade.

Pesquisadora: O número de medida de segurança de internação em Rio Branco. A senhora acha que isso pode ser por que os juízes já sabendo que não existe um local, acaba não aplicando?

Juiz 6: É o que eu disse, se fosse eu trabalhando na defesa, acredito que, no estado em que estão as coisas, eu nunca pediria um incidente de insanidade mental. Agora o Dr Jose Roberto está judando bastante, mas este tratamento revolucionário foi feito pelo Dr. Sávio. Precisa de pessoas que se identificam com este tipo de trabalho e que sabem como está sendo tratado um interno no presídio para poder lutar por ele. Porque lá, pelo que a gente está vendo um medida de segurança nunca vai sair curado de lá, a tendência é piorar e não melhorar.

Pesquisadora: A senhora acha que da forma como o Estado trata atenta contra o princípio da dignidade da pessoa humana?

Juiz 6: Com absoluta certeza, e eu lamento dizer isso. É por isso que este ano nós repetimos de novo, pegamos dois, três casos. Mas tem alguns deles que o psiquiatra reafirma que não tem condição da família acompanhar, e a gente fica sem outra alternativa, vai mandar para onde se o HOSMAC não é local de internação?

Pesquisadora: A senhora tem conhecimento de algum Estado que dispõe de alguma forma de tratamento diferente?

Juiz 6: Pois é com esta questão de acabar com o manicômio eles deveriam pensar muito bem que alternativa iriam dar. Não que eu seja favorável ao manicômio, mas aí também eu sou totalmente contra jogar a medida de segurança dentro do presídio porque aí também me parece uma opção pior. Então a gente tem que trabalhar muito nestes casos, tentar mesmo de verdade trabalhar com a medida ambulatorial mesmo, se a família consegue segurar e ajudar o judiciário então eu acho que vale a pena tentar.

Pesquisadora: Obrigada, tem mais alguma coisa a acrescentar?

Juiz 6: Boa sorte! Espero que a gente consiga mudar alguma coisa.

Anexo H - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS COM OS MÉDICOS PSIQUIATRAS

PSIQUIATRA 1 – entrevista realizada em 18 de novembro de 2011

(duração 1h09'52'')

Pesquisadora: O senhor é psiquiatra desde 1974 e trabalha aqui no Acre há um ano, certo? Qual a sua experiência com o portador de transtorno mental autor de injusto penal?

Psiquiatra 1: É muito variada este tipo de situação. Nós temos vários tipos de transtornos psiquiátricos que podem levar o indivíduo a cometer um crime. Os mais perigosos são as personalidades psicopatas, psicopatas perversos (no caso os *serial killer*), psicopatas em série (*maníaco do parque*), são indivíduos que não tem tratamento. Psicopatia é um desvio de caráter, de conduta, incurável então, na verdade, seria pena mesmo. Eu nem diria se seria caso transtorno mental e caso de medida de segurança. Medida de segurança seria aquele que faz tratamento e toma medicamento e por um deslize qualquer comete um crime. O caso uma pessoa alcoolizado ou com dependência de uso de substância tóxica.

Pesquisadora: Então na visão do senhor o psicopata não seria passível de medida de segurança?

Psiquiatra 1: Na minha visão o psicopata não deveria receber medida de segurança porque ele não melhora com o tratamento e se ele não melhora com o tratamento ele não seria um doente passível de melhora e cura. Ele deveria ser julgado não como uma pessoa sã, porque ele não é, porque ele nasceu com um defeito cerebral, só que não é. Mas nem um transplante cerebral seria o indicado para tratamento, porque na verdade não existe seria um transplante de corpo no outro cérebro. Então no meu modo de ver seria cadeia mesmo, são os sociopatas que vivem a margem da sociedade.

Pesquisadora: A psiquiatria consegue através dos exames identificar?

Psiquiatra 1: Eu não tenho experiência em psiquiatria forense então não sei se eles têm alguma coisa hoje para identificar o indivíduo, mas o que vai mostrar é a conduta do indivíduo. A reincidência no mesmo tipo de delito, por várias vezes, como se aquilo preenchesse a necessidade dele de cometer aquilo para se sentir feliz ou satisfeito.

Agora o indivíduo com transtorno mental esse deveria ter um tratamento diferenciado. Apesar de que uma situação muito confusa no meu modo de ver porque se você tem um transtorno e comete um crime você é condenado há um tempo X. Você depende de cumprir aquele tempo na cadeia na prisão e pode sair após aquele tempo. Se você está lá por uma inimizabilidade você já depende da alta médica para sair. Então são duas dependências, você precisa passar o seu tempo e receber um laudo de cessação de periculosidade, e aí o médico se torna responsável por isso.

Também é uma outra visão que eu tenho um pouco diferente disso aí e pode me chamar até de maluco. Eu acho que o indivíduo que assina um papel deste passa a ser coautor de tudo que aquele indivíduo fizer. Assim como o juiz que assina o indulto deveria ser responsável pelas atitudes do indivíduo que sai. Porque é muito fácil assinar um papel

sem tem conhecimento realmente do que esta acontecendo porque não vive mesmo com a pessoa. Eu sou meio radical neste ponto. Eu acho que só botar para fora porque a cadeia esta cheia e a cela é para dois e está em doze... no dia dos pais, eu já fui assaltado por pais que estavam na rua por seu dia dos pais, ta certo? Simplesmente estava lá em liberdade porque sai naquele dia. Quem colocou aquele indivíduo? Quem colocou tem que pagar com isso. Assim como tem uma psicóloga que deu um atestado, um laudo para alguém que saiu e esta cometendo delito, mas isso aí são outros detalhes.

Pesquisadora: O senhor trabalha na penitenciária e faz atendimento lá?

Psiquiatra 1: Hoje trabalho no IAPEN, faço tratamento. Mas não sou responsável pelos laudos, é o IML quem faz isso. Aliás, foi um combinado que eu fiz para ir para lá, eu vou para lá para tratamento, não vou fazer laudos, o que eu posso fazer é um relatório para auxiliar ou dificultar, de acordo com a visão de cada um. Estes relatórios são pedidos assim... às vezes o juiz solicita atendimento porque as famílias vão lá então os defensores entram com isso. Aí então chega uma cartinha dizendo “Solicito atendimento a fulano de tal enviando relatório se ele é inimputável ou não”. Eu respondo que atendi o fulano no dia tanto de tanto de tanto com a medicação tal e quanto a inimputabilidade favor dirigir-se a perícia médica ou a quem de direito. Não respondo mesmo, porque foi combinado que não seria assim. Mesmo porque nós temos hoje uma especialidade que se chama psiquiatria forense.

Pesquisadora: O senhor sabe se aqui no Estado tem?

Psiquiatra 1: Eu não sei, mas no IML deve saber. Mas eu não sei se tem alguém especialista em psiquiatria forense no Acre, mas deveria ter já. O Acre deixa muito a desejar, faltam muitos profissionais em várias especialidades aí.

Pesquisadora: O senhor é favorável a construção dos HCTPs?

Psiquiatra 1: Sou favorável a construção do HCTP, inclusive hoje eu acho que o IAPEN teria condição de separar uma ala dos transtornos mentais.

Pesquisadora: Isso não só para os de medida de segurança, mas para aqueles outros que são acometidos de algum transtorno já estando ali dentro?

Psiquiatra 1: Ali é uma situação muito difícil porque eu particularmente acho complicado você fechar um diagnóstico ali dentro. Porque eles vivem num regime de ansiedade, depressão, angústia, às vezes uma perda de sono porque o que está ao lado não deixa dormir, então vira um stress muito grande, uma situação estressante, então não dá para você fechar um diagnóstico. Ali dentro dá para você falar que ele esta de um tipo, mas e ele é daquele tipo? Ele está, ele não é. Então não dá para fechar, eu acho. Então já tem esta diferença dos que já foram julgados aqui fora, isto é, dos que tratam aqui com a gente e cometem um delito, estão lá e tem prontuário e tem tudo aqui. Tem um histórico. Esse sim deveria ser separado neste tratamento de medida de segurança. Agora o outro que só toma medicamento para dormir, só toma o antidepressivo, um ansiolítico, este já não poderia ser igualado nesta ala, não tem nada haver, ele pode conviver muito bem.

Assim como nós não temos lugar para entrar cadeirante, tem cadeirante que deveria está em determinado lugar e está em outro sabe. Porque quando você constrói uma coisa

parece que o engenheiro não enxerga determinados parâmetros. Por exemplo, a vigilância sanitária do Acre, ela cobra para meu consultório uma entrada para cadeirante e ela mesmo não quer colocar uma entrada para cadeirante. Como você pode cobrar de alguém uma coisa que você não mostra, que você não tem? Eu não sei, são críticas assim... a gente fala que quando faz uma crítica a gente tem que dar a solução, e a solução eu não tenho.

Pesquisadora: Com relação à lei da reforma psiquiátrica, o senhor acha que ela trouxe benefícios?

Psiquiatra 1: Infelizmente a lei da reforma psiquiátrica não trouxe benefícios. Eu diria para você o seguinte, quando foi dito que o novo código de trânsito mudou, na verdade se você pegar o código de trânsito você vai ver que foi uma ou duas coisinhas que foram mudadas. Naquela época em que mudou o código de trânsito, intensificou de tal maneira aquela fiscalização que diminui o número de acidente e outras coisas mais. Na verdade o que houve foi fiscalização e não mudança. Hoje você anda na rua e vê que tá todo mundo falando no celular, jogando braço para fora, papelzinho pela janela e a população não faz absolutamente nada. Então já já tão querendo mudar o código de trânsito outra vez.

Então a mesma coisa acontece com isso que a gente estava falando da reforma psiquiátrica. Então o que é que acontece? Você pega lá a lei 10.216, internação involuntária, muito bem. Vou falar do Estado de São Paulo, internou-se um cara que não queria ser internado e precisava, tenho 72 horas para mandar isso pro Ministério Público, o Ministério Público tem que vir nos visitar no hospital. O promotor, o psiquiatra, dois membros da sociedade, segundo o que está escrito na lei. E se não vem ninguém nunca? Então o que a gente fazia lá? A gente reclamava pro juiz, pro órgão de direito e eles falaram “Você pelo menos faz a notificação que você fez a sua parte”. Pô [sic] não quero fazer a minha parte. Tem uma lei nº 10.216 que precisa ser colocada em prática, tá certo? Aqui nem se preenche nada destes papéis. Lá eu também parei de preencher. Não vai acontecer nada, não tem um promotor, não tem ninguém. Então eu acho que fica muito a desejar.

A lei nº 10216 veio para melhor direitos humanos, para melhorar direito do cidadão com doenças mentais, veio para fechar hospitais, diminuir o número de leitos, e isso é um absurdo, porque tem indivíduos que não podem ficar sem ser internados. Tem que mudar o sistema. O que eles estão fazendo? Eles mudaram uma lei para fechar hospital e começaram a abrir CAPS que são centro de atenção psicossocial. Então deixou de ser um hospitalocêntrico e passou a ser capsocêntrico. O CAPS gente a coisa não é assim! A coisa funcionaria da seguinte forma: você tem um hospital psiquiátrico, vem aqui, este hospital psiquiátrico não deveria ter pacientes moradores mais, porque aqui não é asilo. Os hospitais psiquiátricos que têm pacientes moradores porque não tem quem cuide, por não ter família, porque o doente é da família, o doente não é do Estado, quem teria que cuidar é a família, com toda a estrutura que o Estado daria para a família, mas não, a família quer empurrar, ficar longe, não atrapalhar, “deixou de ser nosso”, a visão é esta, tanto é que não vem buscar na alta.

Mas vamos dizer os moradores... também vou precisar contar para você uma historinha. Eu trabalhei em Franco da Rocha, Hospital do Juqueri e quando entrei lá nos tínhamos 13.200 mil internos internados. Eu fiquei de 1974 a 1978 em Franco da Rocha, a gente fez um trabalho muito grande para descobrir de onde eram os pacientes e mandar cada um para os hospitais da região. E quando eu saí de lá nós já estávamos com 6 mil e pouco, quer dizer mandamos metade da população de Franco da Rocha para os hospitais

da região. Então mandávamos assim: ambulâncias cheias que iam para Araçatuba ou para Araras, com os pacientes da região, colocávamos neste hospital e o serviço social passava a localizar familiares. Vamos supor que em Araçatuba tivessemos deixado 60, mas sobraram 30, continuavam morando neste hospital. Então em Araçatuba ficaram 30 e o hospital de Araçatuba fez o quê? Lares abrigados, o hospital de Araçatuba alugou casas em volta do hospital onde colocava os pacientes que tinham condição de se cuidar, aposentados, recebiam seu dinheiro para comprar sua geladeira, fogão, cama, etc, monitorados pelo serviço social, pelo psicólogo, pelo médico que faria uma visita por semana. Muito bem, e daí daquele lar abrigado, quando eles aprendiam, deveriam passar para uma outra casa chamaria residência terapêutica, onde eles continuariam vivendo. Qual é o problema? Aqui o hospital mantinha, era SUS. Aqui a prefeitura teria que manter na residência terapêutica, e aqui acabava. A prefeitura não mantinha. Aqui quem tomava conta era o hospital. Aqui quem deveria tomar conta era o ambulatório de saúde mental, então aqui já acabava esta reforma psiquiátrica. Este lar abrigado é de 1990/1994, pois os pacientes foram lá em 1974/1978 e o serviço social demorava para achar. Depois fizeram aquela lei “De volta para casa” que era uma ajuda de custo para o paciente, acho que ninguém pegou porque um salário mínimo para uma família, não dá para você cuidar de um paciente psiquiátrico.

Ontem nós tivemos um menino aqui gritando no corredor porque o governo não tem o medicamento para fornecer para ele, uma medicação que custa 400, 500 reais uma caixinha, um medicamento de alto custo que está em falta.

A saúde mental ela é muito esquecida. A saúde mental está muito ruim e vai ficar péssima porque ninguém enxerga a saúde mental. A associação brasileira de psiquiatria bate, bate, bate, mas não consegue mudar absolutamente nada. Você veja este hospital aqui, já foi horrível, hoje ele está melhorado, mas ainda deixa muito a desejar, e é o único do Acre, Rondônia não tem. Não tem condição de atender o Estado inteiro.

Então que reforma psiquiátrica é esta? Você faz a reforma, começa a fechar leitos, fechar leitos, mas você não dá a estrutura que precisa, o extrahospitalar. Você tem aqui em Rio Branco um CAPS de álcool e drogas, mas eu acho que um CAPS bom para funcionar seria o para psicótico, porque este o cara passaria o dia, ia [sic] para casa dormir a noite, cheio de atividades. Mas você vê o CAPS aqui não tem terapia ocupacional, ou seja o que é mais necessário. Falam que tem psicopedagogo, tem médico, tem estrutura, tem várias coisas, mas não é o ideal. Com relação à medida de segurança que você falou eu acho sim que deveria ter um lugar separado.

Pesquisadora: E se houvesse esta rede extrahospitalar o senhor acha que ele teria condição de ser tratado nesta rede?

Psiquiatra 1: Há casos e casos. Eu participei de uma audiência com a Dra Maha onde ela colocou um que teve condição de ser entregue para a família e ele está aqui fora e deveria fazer tratamento mensalmente. Depois que ele saiu de lá, eu não vi ele nenhuma vez aqui, não sei se ele está passando por outros médicos. E teve um outro que não tinha condição porque a família parece que não assume corretamente. Algumas famílias têm medo do próprio filho, ou do próprio irmão ou coisa assim, porque assistiram cenas talvez muito violentas no passado. Então eu diria que são casos e casos, que deveriam ter estudos assim individuais. Mas não acho que deveria voltar a viver em sociedade antes de passar por um hospital de custódia com tratamento correto.

Você chegou à conclusão que o indivíduo é inimputável, que precisa de tratamento não de cadeia, então hospital de custódia. Passou um tempo X, quem vai fazer um relatório sobre a condição daquele paciente, sobre o controle medicamentoso daquele paciente é

o médico assistente do paciente. Este vai fazer um relatório pormenorizado para o IML, ou para quem de direito, o psiquiatra forense decidir se deve ser colocado em sociedade ou não, continuando o monitoramento que é feito pelo hospital. Ou seja, o paciente é visto todo dia, passa a ser visto uma vez por semana, passa a ser visto em 15, depois 30, aí até que você tenha uma liberdade para que ele só venha aqui pegar o remedinho dele e fazer as atividades dele dentro deste hospital de custódia, mas não mais interno. Aí chega o tempo que ele vai para a casa dele. Então este hospital de custódia do meu sonho teria um ambulatoriozinho onde continua ali o tratamento. Fiquei sabendo, não sei se é verdade ou não, que não passam de 15 aqui no IAPEN, não sei se 12 ou 15, alguma coisa assim. Eu acho que um espaço para comportar 15 pessoas nem precisa ser uma coisa muito grande.

Pesquisadora: Pela avaliação do senhor este número, que é reduzido, já é em razão da falta de local que já faz com que o magistrado evite aplicar a internação?

Psiquiatra 1: O fato do número de medida de segurança ser reduzido no Acre tem haver com várias coisas. Primeiro pode haver um erro de diagnóstico do próprio psiquiatra, do próprio tratamento. Segundo pode ser que a dificuldade do fato de não haver local apropriado para internação pode fazer criar um outro caminho, que não o caminho que seria correto. Mas eu também não diria que passaria muito disso, 15, 20. Talvez pensando já num crescimento do Estado, não fazer a besteira de fazer um hospitalzinho de 10 leitos, fazer já um de 40/50, que vai ficar ocioso durante um período, mas depois vai ser usado.

Psiquiatra 1: O senhor trabalha aqui no HOSMAC e tem convicção que aqui não tem condição de abrigar estas pessoas?

Psiquiatra 1: Aqui? Com certeza. O HOSMAC são 50/65 vagas, alguma coisa assim, e baseado nisso, se você colocar 15 aqui dentro, você tira já vaga do Estado inteiro.

Pesquisadora: O senhor acha que o número de leitos do HOSMAC já é reduzido, ou é suficiente?

Psiquiatra 1: Eu acho que a estrutura física precisava se melhorada. A parte de ambulatório só possui três salas para atendimento, precisava de uma reformazinha mais bem feita. Mas o hospital de custódia eu acho que é uma coisa necessária. Eu conheci o de Franco da Rocha, eu não sei se foi fechado, a última notícia que eu tive de lá era que tava com 1000 pacientes. Ele era um lugar muito bem feito, tinha dois pavilhões grandes onde tinha seis clínicas masculinas e seis clínicas femininas. O indivíduo era levado do interior para lá e ficava numa clínica desta. Se a família não viesse buscar mais, ele ia para uma colônia, e tinha seis colônias masculinas e seis femininas, ficava um ambiente bonito. Fazíamos 80 eletrochoques por dia naquela época tudo em fila.

Pesquisadora: Leito para 80 eletrochoques?

Psiquiatra 1: Sim, todos deitadinhos. Ia tomar o eletrochoque e ficava segurando as pernas para não ficar se debatendo. Tinha dois pavilhões que me chamavam muita atenção. Um era o pavilhão judiciário só para chegar nos presos, você passava por três grades, era um negócio violento, eles faziam armas com colheres, sabe. E o pavilhão de deficiente mental e físico, ao mesmo tempo, era um lugar em que eles se arrastavam,

então era uma coisa assim chocante. Foram dois lugares que me marcaram muito ali. Mesmo assim fiquei cinco anos lá.

Pesquisadora: E o pavilhão do manicômio judiciário, o senhor acha que funcionava?

Psiquiatra 1: Não porque era muita gente jogada ali dentro. A gente ia lá atender um ou outro que o juiz pedia um relatório, era um troço algemado com a mão para trás na cadeira sabe, era um pavor, você sentava assim, o preso ali, dois guardas do lado, era um troço ruim. Hoje eu ainda acho, no IAPEN, quando vem alguém com algema para trás, eu já fico meio...sabe, parece que a pessoa não tem liberdade, não tem apoio sabe para sentar na cadeira, para segurar. Eu peço para sair o segurança porque eles não tem coragem de falar perto do agente algumas coisas que tem que falar para a gente, às vezes o agente fica bem para trás e a gente fala mais baixinho dependendo da periculosidade dele.

Pesquisadora: Na visão do senhor este hospital de custódia ideal haveria agente penitenciário nele ou não?

Psiquiatra 1: Auxiliar de enfermagem, tão somente enfermeiros treinados para lidar com o paciente. Porque você agredir é uma coisa, você segurar sem machucar é mais difícil, você tem que ter um certo treinamento para isso aí, eu pegaria uma enfermagem especializada. Este hospital sonho teria terapia ocupacional durante praticamente o dia todo, educadores físicos, nutricionistas, porque o pessoa aqui no Acre tem mania de arroz, feijão, macarrão e farinha, macaxeira de vez em quando. Você não vê uma verdura, legume, fruta, nada disso. Seria uma nutrição um pouco mais apropriada também. Um farmacêutico. Uma responsabilidade muito grande na administração do medicamento que eu sofro isso no IAPEN.

Pesquisadora: Como é que faz lá?

Psiquiatra 1: Menina, quando você faz a receita, quando você consegue o remédio na rede, você, vamos supor que você consiga o remédio, este remédio é separado lá no postinho médico e é mandado num envelopinho para a cela, este envelopinho cai na mão do agente que por sua vez entrega para o faxineiro que é quem distribui. Quais são as falhas? Primeiro, no meio deste caminho se for um *diazepan* eu posso tomar e não entregar para ninguém, ele pode está com insônia e achar que pode tomar e daí o medicamento não chega lá. Pode porque não estamos vendo. Outro caso, chega lá e entrega na mão do preso que guarda para tomar depois, o da manhã e o da tarde. Vamos supor que ele não tome, e o que aconteceu? Virou material de troca, eu troco por droga, troco por qualquer outra coisa. Agora eu vou fazer pior, vou tomar todos aqueles que estou recebendo, vou guardar e vou tomar de uma vez para me matar ou pior ainda vou matar meu desafeto. Vou fazer um todinho para matar meu desafeto. Agora isso que estou dizendo, eu já escrevi, uma queixa que já esta na Secretaria de Segurança porque não é por aí, não é possível você dar um medicamento para uma pessoa que você não sabe o que vai acontecer com este medicamento.

Pesquisadora: Ouvi falar que o medicamento estava agora sendo entregue ao diretor da unidade e este seria responsável pela entrega, é verdade?

Psiquiatra 1: Não são todos, dizem que o Denis e a Jandira, diretores das unidades agora estão entregando, mas o problema não é só entregar é ver se está tomando. Eu tenho um menino lá que é um psicótico violento, diz que é o anticristo, pa pa pa, pa pa, não estava tomando medicamento e aí nós estamos fazendo um esquema ingetável nele há dez dias, e ele mudou completamente, é uma outra pessoa. Tem alguns deles que a gente colocava no postinho médico e ali dava a medicação. Então o enfermeiro dava. Melhorou? Volta para lá [cela] porque ali não é local de internação.

Pesquisadora: Mas ele hoje é devolvido na cela com presos comuns?

Psiquiatra 1: Eu acho que ele tá. Ele é devolvido para cela, não sei se ele está em uma sozinha, mas ele tá num pavilhão de chapão, de pessoa que já está cumprindo pena, eu acho que ele está lá. Mas o diálogo dele mudou um pouco.

Eh, mas eu não sei quem é o responsável pelo posto médico do IAPEN, se é a Secretaria de Segurança, se é o Município, se é o Estado. Eu não sei quem tem que munir aquilo de remédio, não sei quem tem que munir aquilo de profissionais, porque é uma unidade básica, se é uma unidade básica é municipal, mas o presídio é Estadual, e se é Estadual é a Secretaria da Saúde ou Secretaria de Segurança? Quem recebe esta verba que não chega lá? Existe esta verba? O Ministério da Saúde manda esta verba? Para onde ela vai? Alguém precisa falar isso. Reuniões foram feitas entre juízes, promotores, quem não compareceu foi o secretário municipal de saúde nesta reunião que a gente fez, e lógico, levou a culpa de tudo, a responsabilidade de tudo. Isso já faz 40 dias e nada mudou.

Pesquisadora: O senhor disse que ala de enfermaria não dá para fazer internação...

Psiquiatra 1: A ala de enfermaria da penitenciária tem umas celas ali, mas nós fizemos uma briga para acabar com esta internação, porque o que estava acontecendo ali, ali deu um surto de tuberculose, umas suspeitas de leishmaniose e algumas suspeitas de hanseníase. Então os tuberculosos começaram a isolar neste local, então todos nós tivemos que começar a andar de máscara e tal, por que isso? Porque a cela que tinha doze não aceitava tuberculoso. Então a gente tinha que fazer medicação por um período, para deixar de ser produtivo, e poder voltar para a cela. Mas isso nós acabamos e ele vai começa a tomar remédio lá porque passa a ser problema da segurança não da saúde. Porque a gente fazer uma separação, um isolamento de indivíduos lá nós temos que fazer o quê? Como tava um surto e nós chegamos a ter 20 lá, já pensou? Meio presídio lá dentro daqui há pouco, porque a tendência no surto de tuberculose é todo mundo lá dentro apresentar o problema.

Pesquisadora: O senhor consegue vê hoje uma solução para este problema com os mecanismos que o Estado tem?

Psiquiatra 1: Eu não conheço muito a estrutura do Estado, sou uma pessoa que cheguei aqui há um ano e não gosto de política e não me dou com isso. Minha sugestão seria transformar uma parte de IAPEN em um hospital de custódia, eu sei hoje que vem vindo aí um pavilhão feminino com moldes modulados, pelo que eu entendi, para fazer o presídio feminino. E eu espero que o presídio feminino não seja derrubado e lá poderia ser reformado e a própria unidade de saúde onde estamos hoje, poderia ser ampliada e aí vai depender. Mas eu vejo esta necessidade.

Pesquisadora: Enquanto isso não é feito, na visão do senhor a melhor alternativa é manter no presídio?

Psiquiatra 1: Eu não conheço todos os indivíduos de medida de segurança lá dentro. Gostaria de conhecer todos para responder. O Geison, por exemplo, eu não soltaria, tem alguns lá que eu não soltaria, mas tem alguns que eu arriscaria, bem monitorado.

Pesquisadora: Na pesquisa verificamos que o número de medida de internação é realmente pequeno ainda mais porque houve um trabalho da juíza da vara de execuções de entregar a pessoa para a família. O senhor acha que isto é viável?

Psiquiatra 1: Eu acho que simplesmente entregar a família é lavar as mãos para o problema. Existem casos ali viáveis, mas eu acho que o estudo precisaria ser um pouco mais pormenorizado, porque tem mães que falam assim “Não, eu fico com ele”, mas você sente que tem uma pressão dele. Então tem muita pressão, a gente ouve isso lá dentro “Quando eu sair daqui, o dia que eu sair daqui não sei quem me mata”, principalmente as mulheres que são mulas de tráfico.

Pesquisadora: O senhor trataria da mesma forma o portador de transtorno mental do dependente químico?

Psiquiatra 1: Bela pergunta, é uma confusão que vai existir sempre. O transtorno mental e o dependente químico é uma confusão que vai existir sempre. O transtorno mental não pediu aquilo para ele, o dependente químico procurou aquilo por falta de estrutura social, familiar, falta de limites impostos pelas família, não sei qual o motivo, mas ele foi atrás. Aí tem outra história porque o traficante vai à porta da escola viciar o seu filho? Porque a droga não é regulada. Se ela fosse regulada será que deixaria de existir o tráfico? Seria uma pergunta que a gente faz hoje. Se você tivesse o lugar para comprar sua cocaína, sua maconha, acabaria o tráfico? Não sei. Na Holanda não acabou por causa dos países vizinhos, o tráfico é feito para fora. Eu acho que pelo menos as crianças seriam induzidas ao vício. Mas aqui o que acontece, disseram que entrou o oxi, mas isso não é nada demais, é só mais impureza e risco para saúde.

O que a gente percebe aqui, mães que têm filhos e largam para a avó cuidar, a avó não tem como impor limites para estas crianças, não têm força porque são de uma outra geração. Então elas chegam aqui assim, a criança não aprende nada na escola, ela não fala, não fica sentada, você vê que é simplesmente falta de limite, e aí já vamos medicar pela hiperatividade, já vamos acabar com o cerebrozinho dela, a professora então fica desesperada para ficar livre daquilo. Quando nós sabemos que *deficit* de atenção e hiperatividade é de 3%, então você pega numa sala, numa classe de 100 alunos, três vão ter isso, e aqui aparecem 50/60, então não tem limites.

Então eu não sei se eu trataria diferente um usuário de cocaína que sobre efeito da cocaína matou alguém, mas eu trataria diferente um usuário de cocaína que agrediu a mãe para lhe dar dinheiro, certo? Então eu ia pesar o tipo de situação de cada um. Então se você está usando cocaína no grupo, você tá usando uma coisa ingetada e ali você comete um crime, é uma forma de enxergar esta justiça de vocês, mas se você premedita que você vai roubar alguém, agredir alguém para poder fazer isso eu já trataria diferente.

Pesquisadora: Doutor, voltando um pouquinho para o laudo de periculosidade, que o senhor acha que é irresponsabilidade atestar uma coisa desta. Mas o laudo é um formulário...

Psiquiatra 1: Tá, vamos fazer uma diferenciação: atestado, declaração, relatório e laudo. Atestado, declaração isso, tudo isso, é só um aviso que ele tem um diagnóstico. Relatório já me diz que ele faz um tratamento desde quando. Laudo é definitivo, laudo é o juiz, é o árbitro que determina. O laudo é um estudo em cima do caso com toda a documentação necessária e fez o laudo acabou. Para contestar um laudo hoje é uma coisa complicada. Então o laudo só o perito. A gente recebe muito pedido de laudo lá e a gente até ri, laudo nós não podemos fazer porque não temos esta capacidade, nós fazemos relatório. Lá eu digo o seguinte o reeducando fulano de tal foi atendido por mim nos dias tal tal e tal consta que também era atendido no HOSMAC, no momento apresenta provável diagnóstico de F qualquer coisa, nunca descritivo, sempre pela letra e faz uso de tal medicamento, qualquer coisa conclusiva é da perícia médica e a perícia pode usar aquilo como lhe aprouver.

Pesquisadora: E aquelas perguntas “se ao tempo do fato era capaz...”?

Psiquiatra 1: Aquelas perguntas do tipo se ao tempo do fato... é uma absurdo, é coisa de 1940, para mim isso é... quando eu fazia as perícias, porque eu já fiz isso muito na vida por ser o único psiquiatra da cidade, Votuporanga, Parnaíba, e eu respondia “item imprestável”, “impossível precisar”. A legislação tinha que mudar porque ela é caótica

Pesquisadora: O senhor acha que tinha que haver uma modificação na legislação penal?

Psiquiatra 1: Penal, civil, essa nossa é caótica.

Pesquisadora: Na visão do senhor é possível a medicina atestar se, há dois anos atrás, por exemplo, a pessoa não tinha capacidade de discernir?

Psiquiatra 1: Eu fiz esta pergunta para três psiquiatras forenses e eles também não me responderam, então eu acho que eles também não têm condição. Eu diria para você que há casos que nós temos condição de atestar, por exemplo, um depende químico que usa drogas desde os nove anos de idade e comete um crime, você entendeu? Tranquilo. Um deficiente mental que não aprendeu nada na escola, que não tem condição nenhuma, que um dia vai lá e comete. Um esquizofrênico que vem se tratando aqui no HOSMAC desde os 17 anos de idade e quando tem 35 comete um homicídio porque ouviu uma voz que dizia que..., vc entendeu? Ele continua ouvindo esta voz até hoje. Então tem casos e casos, então não é para todo mundo.

Pesquisadora: O senhor acha que ajudaria neste trabalho da medicina se no momento em que a pessoa comete o delito e é preso, se nesse momento fosse feito uma avaliação psiquiatra para que se porventura fosse necessário usar isso no futuro?

Psiquiatra 1: Sim.

Pesquisadora: E o senhor acha que isso é viável?

Psiquiatra 1: (sorri). Não, no Brasil nós não temos psiquiatras suficientes. Primeiro que a legislação tem um negócio de prender na hora e 24 horas depois passou o flagrante, que diferença tem ser preso em flagrante ou não? O cara fez do mesmo jeito, a diferença é só que no flagrante você tem como provar que foi ele. Uma coisa que eu acho que deveria ser feita automaticamente era um exame toxicológico, hoje com a quantidade de usuários que temos.

Pesquisadora: O senhor fala em exame toxicológico ou de dependência química?

Psiquiatra 1: Não vejo diferença entre o exame toxicológico e o exame de dependência química porque ele pode tá com uma carga muito grande de *clonazepan* ou de alguma substância tóxica receitada por um profissional para a mãe dele e ele tomou tudo aquilo ali eu acho que seria toxicológico mesmo e de uma forma bem generalizada, tudo que pudesse dar de diferente no sangue poderia ser atestado.

Eu dei muito laudo assim para juiz que queria brigar comigo sobre cessação de periculosidade da seguinte forma “Indivíduo deixa de ser perigoso desde que não faça uso de substância tóxica”. E o juiz perguntava “Eu posso por na rua ou não?”, “Não sei, o senhor vai garantir que ele não beba mais? Então ponha, se não, não ponha”, é o que eu acho.

Pesquisadora: Esta análise da periculosidade muda para o indivíduo são?

Psiquiatra 1: Um indivíduo são que cometeu um delito por uso de substância ele tem toda a possibilidade de cometer outro delito igualzinho se voltar a fazer uso daquela substância.

Pesquisadora: Mas o portador de transtorno mental tem um caráter mais perigoso que o outro?

Psiquiatra 1: O portador de transtorno mental se ele sair de um hospital de custódia bem medicado ele tem menos perigo que o outro. O outro foi mal, este aqui não é mal.

Pesquisadora: O senhor falou um pouquinho sobre dignidade e que o senhor tinha uma visão um pouco crítica...

Psiquiatra 1: Ah, eu acho que no Brasil algumas coisas andaram para trás, antigamente você tinha uma fazenda muito grande onde se plantava de tudo e tinha várias casas dos colonos e estes colonos tinham um pedacinho de terra para fazer derrubadas e plantar a subsistência deles e trabalhavam nesta fazenda e além daquilo que eles colhiam e vendiam eles ainda tinham uma ajuda. Depois que acabou a escravidão, mas daí veio um negócio e começou a chamar de direitos, direitos trabalhistas, e o que acontece? O cara que tinha uma fazenda de colonos tinha que pagar direitos, você sabe quanto custa um funcionário hoje que ganha um salário mínimo? Então o fazendeiro começou a não plantar mais e jogar pasto em tudo porque um único empregado cuidava do pasto e todo mundo migrou para as cidades sem condição de trabalho. Então o que acontece? Os direitos trabalhistas na verdade pioraram em alguns setores. Outra coisa que piorou demais é o direito humano para mim direito humano... antes deixa eu fazer uma crítica médica para depois fazer de advogado. Têm colegas nossos, médicos, que trabalham por propaganda de laboratório, o propagandista chega, faz propaganda do remédio, ensina para o médico como é que usa e ele começa a usar aquilo, dá certo porque o remédio é

bom, aí ele ou ele é beneficiado ou ele não é, mas ele aprendeu pela propaganda. Então eu diria para você que tem um *lobby* de laboratório em cima de vários produtos. O *lobby* da OAB foi criado em cima de direitos humanos para dar emprego para advogado, para advogado ter alguma coisa para fazer, porque o número de advogados neste país está sendo criado numa velocidade tão grande, que eles tiveram que criar o exame da ordem para peneirar a grande parte. Depois que se criou os direitos humanos esqueceram-se [*sic*] dos deveres humanos então nós temos uma cartilha de direitos humanos, mas não temos uma cartilha de deveres do cidadão tá? Baseado nestes direitos humanos é que as coisas acontecem. Então a minha crítica ela se baseia nisso aí, nesse excesso de direitos humanos para quem não é humano, porque o ser humano não mataria uma outra pessoa.

Então eu acho que a punição é muito leve para quem tira uma vida. Eu tive exemplos, vou te dar um aqui, a mulher chegou aqui sentou falou para mim o seguinte: “Eu estou sem dormir, estou nervosa, estou deprimida, estou angustiada porque meu marido esta preso”, “E a senhora esta encostada no INSS?”, “Não, não, cada filho meu recebe um salário por auxílio reclusão”, “Então a senhora está tranquila para viver?”, “Não para viver eu estou tranquila, só estou deprimida e angustiada porque ele está preso”, “Está bom, então finaceiramente você está bem, o que seu marido fez?”, “Ele matou um cidadão”. E quem é este cidadão? Também era um pai de família com três filhos e ninguém ajuda. Você entendeu onde está o problema? Então o criminoso tem todo direito, onde está o outro lado que foi morto, a família esta passando necessidade. Faz a comparação do asilo com o IAPEN, no IAPEN o que é que o preso tem? Comida na hora certa, visita íntima, visita de familiares, se cair na cela esta monitorado por aparelho e corre alguém para acudir, tem médico, tem dentista, tem advogado. O que é que o velho tem? Se o velho cair na cela dele no asilo tem alguma câmera monitorando? Vamos botar os presos no asilo e os velhinhos lá dentro você vai ver que preso vai ficar feliz de está no asilo. Então está tudo errado.

Quando você fala em mudar o Código Penal, tem que mudar todos eles. Aquela Constituição que Ulysses Guimarães levantou, aquilo é uma vergonha, o primeiro item que diz que todo brasileiro tem direito à saúde, educação, lá lá, é o primeiro a não ser respeitado você imagina o resto, e as brechas. Uma coisa que eu acho quem fala para o preso negar, para o preso mentir, é conivente com qualquer atitude que ele tomar, o advogado tem que tentar atenuar não tirar a culpabilidade dele. Esta parte você poderia ter desligado né?

Pesquisadora: E nesse meio, o senhor acha que o portador de transtorno mental sofre mais com esses erros?

Psiquiatra 1: A saúde mental sofre muito e como eu disse para você ela vai piorar ainda mais porque ninguém enxerga isso, olha aqui, olha os móveis. Se você pegar a relação de medicamentos que está faltando aqui hoje, nós não temos remédio para epilético, eles pegam este medicamento aqui *gardenal*, *hidantal*, *mentol*, não tem, inclusive eles estão tendo que ir busca lá na UPA por falta de medicamento.

Pesquisadora: Existe a construção do mito do louco como classe perigosa, o que o senhor acha disso?

Psiquiatra 1: Tem que me dizer quem é o louco que você esta falando. Quem você acha mais sociopata? Quem que você acha mais criminoso? Um deficiente mental que briga aqui fora na fila de espera que perde a paciência, que nem entrou outro uma marretada

aqui outro dia, que para ser atendido deu uma marretada na porta aí, ou um político que desvia o dinheiro da saúde? Quem que é mais sociopata? Quantos àquele vai matar? Quem desvia o dinheiro da merenda escolar? Quantos este pode matar? Então quem seria o louco? O louco é mais perigoso ou menos perigoso que um político hoje? O político cria a sua verdade.

Pesquisadora: O senhor acha que é possível desconstruir esta ideia?

Psiquiatra 1: Nós somos um país de 500 e poucos anos né? Eu diria para você que a Europa tem 2000 anos e passa por dificuldades hoje porque o ser humano... nós temos 4000 anos de cérebro e não evoluiu nada, nós temos a mesma maldade anterior dos nossos ancestrais.

Pesquisadora: Já que o senhor falou da história, o senhor acha que o poder de direção hospitalar e até dentro da unidade penitenciária, falta ser entregue a medicina?

Psiquiatra 1: Falta porque tem médicos e médicos se hoje você pensar nós temos um médico no governo... a saúde como é que deveria está? De primeiro mundo, tá? Mas na hora que ele vira político, ele só é médico quando interessa. Secretários de saúde são médicos. Dr Paulino é médico, tenta fazer o máximo, mas é tolhido porque não tem o poder financeiro. Mas eu acho que todo o cargo da saúde devia está nas mãos de pessoas de saúde.

Nós temos também atritos de coisinhas assim tipo COREN com associação médica, enfermagem com psicólogo, psicólogo com psiquiatra, se a gente for abrindo mão eles vão tomando conta, porque eles têm mais, maior número de pessoas. Mas eu não sei, acho que deveria sim está sempre na mão de uma pessoa da saúde, mas sem tendência nenhuma política, administrativo mesmo. Eu lembro de uma historinha de quando Lula assumiu ele começou a dar cargos para os companheiros e daí perguntaram “Mas você não vai pôr técnicos?”, “Técnico? Mas esse pessoal é companheiro, são políticos né? Não tem que pôr, tem que pôr eles me ajudaram na eleição”. “Presidente bota um companheiro para dirigir o seu avião”, “Não eu preciso de um técnico”. Pois é. Então vamos começar a pensar nisso aí.

Pesquisadora: O senhor conhece em Minas Gerais onde o tratamento é feito de uma maneira um pouco diferente para o tratamento do paciente judiciário?

Psiquiatra 1: Não conheço o programa de Minas Gerais. Tem um programa diferente? É mesmo.

Pesquisadora: Começou por causa de um estudo em Barbacena, um grupo de pesquisa da universidade...

Psiquiatra 1: Você chegou num ponto fantástico, alunos de universidade. Em São José do Rio Preto existia um problema sério de deficiente cadeirante de andar em alguns lugares e o que eles fizeram? Eles colocaram seis juízes e seis vereadores da cidade e colocaram numa cadeira de roda para andar por uma semana. Mudou muito, mudou a lei das calçadas, mudou a cidade. Aqui nós não conseguimos fazer isso.

A cidade de Mendes Paulista fez o seguinte, cada quarteirão, cada rua tem um aposentado obrigatoriamente, sempre tem, você pode procurar. A faculdade de sociologia pegou os alunos, mapeou a cidade, dividiu e esses alunos foram para cada

quartirão achar um aposentado ou algum responsável por aqueles 100 metros e esse responsável ficou de entrar nas casas que ele conhecia de todo mundo ou da maioria e ver o que tinha da dengue, ver a caixa d'água, se tinha vasilha, e conscientizar o vizinho, conscientizar o outro. Acabaram com a dengue com um trabalho de faculdade. Por que não se faz isso como tese como qualquer coisa desse tipo?

Aqui o governo compra tampa de caixa d'água para colocar. Aqui eles jogam geladeira e fogão no igarapé na frente de minha casa. Pára a caminhonete e despeja ali, que cidadania é esta? Eu pago R\$100,00 para colocar isso numa caçamba e tirar dali uma vez por mês, isso do outro lado da rua da minha casa é horrível. O poder público bate no peito dizendo que tá acabando com a malária. Vou ser preso (*sorri*).

Pesquisadora: O senhor acha que a forma como a medida de segurança de internação é aplicada aqui em Rio Branco atende ou viola os direitos dos portadores de transtornos mentais?

Psiquiatra 1: Sem o hospital de custódia, ela viola. São indivíduos diferenciados. Dr Mauro me falou uma frase muito interessante, um jovem de 17 anos que tinha problema mental, e veio pedir um atestado para se enconstrar no INSS e o Dr. Mauro falou assim, “Você acha que ele tem condição de competir em igualdade de condição com qualquer outra pessoa que não seja deficiente?”. Não tem. Mas ao mesmo eu disse para ele “Existe uma lei que tem que ter 2% dos deficientes em cada empresa e ele consegue separar lápis de cor, porca de parafuso e pode aprender outras coisas, ele é treinado”. Então ele precisa ser aproveitado a nível social a nível de justiça e não a nível médico. Ele esta querendo já começar a receber um dinheiro da previdência sem nem ter experimentado outra coisa. Então eu acho que é por ai. Eles são pessoas diferenciadas que precisam ser analisadas um por um para ver que caso. Que atividade o Geison conseguiu fazer na penitenciária para a gente saber se ele pode ser aproveitado em alguma coisa? Se tivesse um hospital de custódia com terapia ocupacional ensinando este menino a colar chinelo havaiana para uma indústria na cidade, ou embrulhar camisinha, não digo na máquina, mas fazer como é feito em Araraquara, tem uma indústria lá que faz peça de automóvel e eles colocam tudo em caixinha. Será que o Geison não ficaria melhor? Não sei te responder, porque nós não tivemos este caminho. Nós precisamos disso. Olha eu já estou muito velho para brigar por isso, eu acho que já dei minha contribuição, eu estou há 37 anos no mercado sabe. Eu tive períodos bons, tive períodos onde cuidei de... era só eu no hospital, em Parnaíba fiquei dois anos, tinha um hospital de 50 leitos, 25 masculinos e 25 femininos e só tinha eu de médico, ali e eu fiz um serviço muito bom cresceu muito. Só tinham três no Estado, era um Matogrosso só, o Matogrosso separou quando eu estava lá, aí ficaram só dois hospitais. O povo chegava enroladinho em corda em cima da caminhonete e a gente tinha que tirar, e eu acabei brigando ali saindo dali por conta do espiritismo né? Que o hospital era um hospital espírita, e esse pessoal chegava doentinho assim né? E a gente medicava no próprio carro e aí a mulher, a dona do hospital praticamente, que era esposa do prefeito da cidade, depois que o cara tava calminho, ela chamava todo mundo e fazia um passe, aquele negócio todo. Até que teve um dia que eu falei assim a senhora faz o passe primeiro e depois eu medico, aí o cara quebrou tudo e lógico que eu fui mandado embora e saí de Parnaíba e fui embora para outro canto. Mas eu tive épocas assim gratificantes na profissão e outras muito difíceis, a gente teve que engolir sapos por conta de coisas políticas, por conta de ministérios, por conta de cobranças. Mas é uma profissão muito bonita, pouca gente faz hoje, pouca gente escolhe hoje a psiquiatria. Mas eu digo para você e repito, está muito ruim e tende a piorar.

Se você conseguir fazer um hospital de custódia aqui talvez você não consiga um psiquiatra para trabalhar aqui, você entendeu? Se você fizer um hospital de custódia talvez você não consiga levar um farmacêutico para ele, por ser o IAPEN aquela distância, por não ter uma ajuda de custo para você ir lá, por não ter incentivos financeiros. Então você começa a depender de jogo político, você entendeu? É a mesma coisa da nossa Constituição, tudo o que se arrecada aqui vai para o governo federal, depois tem que um deputado ir lá e pedir para devolver aquilo que é seu, e deveria ser ao contrário, o que se arrecada aqui tem que ficar aqui e restinho vai para lá, então tem que mudar tudo.

Pesquisadora: Doutor, muito obrigada.

PSIQUIATRA 2 – entrevista realizada em 24 de janeiro de 2012 (duração 17'17'')

Pesquisadora: Boa tarde, o senhor é diretor do HOSMAC há quantos anos?

Psiquiatra 2: Há 17 anos, estou trabalhando aqui há 18 e sou diretor há 17 anos. Muito tempo, muita experiência aqui, é uma perseverança nos objetivos de melhorar o hospital, de manter o atendimento.

Pesquisadora: O Hospital tem serviço ambulatorial e de emergência?

Psiquiatra 2: Aqui funciona ambulatório, funciona internação e funciona emergência. É um modelo concentrado que em outras cidades está bem dividido. Na maioria das cidades brasileira você tem ambulatório em um canto, emergência no pronto socorro e internação em outro canto.

Pesquisadora: O senhor acha que esta concentração é uma coisa boa ou uma coisa ruim?

Psiquiatra 2: Eu acho que emergência e internação está bem adequado, é aqui mesmo, mas a questão de ambulatório ela está hipertrofiada. Não houve, ao longo do tempo, uma organização de uma rede de atendimento. Os centros e postos de saúde, as unidades de saúde da família, não assumiram o tratamento em psiquiatria. Houve tratamento, houve investimento, mas não teve um resultado positivo.

Pesquisadora: Esse atendimento seria os CAPS?

Psiquiatra 2: Não é CAPS seria mesmo ambulatório. Porque o CAPS na sua essência ele deve ser criado para doentes mentais mais graves que precisam de atenção diária e que vão passar o dia no CAPS, mas estou dizendo de ambulatório de saúde mental, consulta, pegar receita, transtorno mental controlado que não tem muita complicação.

Pesquisadora: E com relação aos portadores de transtornos mentais que cometem injusto penal, eles ficam aqui no HOSMAC?

Psiquiatra 2: Olha, é a minoria. É algum advogado que tem um interesse maior e algum juiz é que determina a medida de segurança ser cumprida aqui. Não tenho estatística, mas a maioria deve estar mesmo na Francisco de Oliveira Conde. Hoje nós temos um de

internação, foi determinada a internação compulsória. Mas é um local inadequado, já que não tem um pavilhão para eles, não tem um programa de recuperação deles, é apenas [sic] a gente está cumprindo uma determinação judicial.

Pesquisadora: Tomei conhecimento que em outra época houve determinação judicial para o cumprimento ser sempre aqui, mas foi feito um relatório dizendo que aqui não tinha condição de receber, foi isso?

Psiquiatra 2: Tranquilo. Eu acredito que pelo ano de 2002, por aí, o Dr. Wellington Coelho, juntamente com o Dr. Flávio promotor e o juiz da execução penal, vieram fazer uma visita e se pronunciaram, e fizeram um relatório de que aqui se mostra um local inadequado para poder cumprir medida de segurança, tendo em vista que é um hospital que precisa de leitos para os pacientes agudos e não tem uma estrutura para ter segurança e fazer a custódia deste paciente.

Pesquisadora: E este paciente que esta aqui hoje, houve alguma melhoria de 2002 para cá, para que hoje tenha condição de abrigar esta pessoa?

Psiquiatra 2: Não houve nenhuma melhoria de 2002 para cá, nenhuma estrutura voltada para atendimento desta clientela. Na realidade o diretor tem que aceitar esta determinação judicial, porque a determinação é ordem e tem que se cumprir, mas é uma situação bem inadequada para nós e também para o paciente.

Pesquisadora: O que é loucura?

Psiquiatra 2: É difícil definir essa coisa da loucura, mas a gente poderia chamar de *louco* o doente mental mais grave em que há a desintegração da personalidade, há um defeito da personalidade. A doença psicótica avançou de tal maneira, deteriorou, que ele não consegue mais ter uma orientação boa. A parte cognitiva também esta afetada, permanece com muito transtorno de pensamento, alucinações, delírios, enfim, um comportamento inadequado diante do relacionamento consigo mesmo, e com o meio ambiente onde ele vive.

Pesquisadora: E esse louco pode ser classificado como perigoso?

Psiquiatra 2: Nem sempre o louco é perigoso porque você tem doentes com deterioração da sua personalidade, mas que são calmos, têm uma personalidade pacífica. Aqueles que já têm uma personalidade agressiva, a doença tira deles o freio, o controle, então pode ser tornar uma pessoa perigosa. E, sobretudo, os pacientes que não estão medicados, estão em um surto agudo ou reagudizado, tendo alucinações, delírios que interpretam que tem perseguição contra eles e eles então vão reagir em função desses possíveis perigos, desses ameaçadores que têm sobre eles, então é nesse momento que o doente mental pode se tornar perigoso e cometer delitos, crimes.

Pesquisadora: E esse doente mental aqui no Acre que comete este injusto e é levado à penitenciária, o senhor acha que este tratamento é adequado?

Psiquiatra 2: Não, não é adequado, eu vejo a necessidade já de muito tempo de se construir, se organizar um hospital de custódia e tratamento de uma maneira bem organizada, moderna, com uma equipe bem preparada, como existe em outros Estados da Federação. Só assim o doente mental infrator vai ter um tratamento humanizado e vai

poder se recuperar e voltar depois de transformar a medida de segurança de internação em medida de segurança ambulatorial.

Pesquisadora: Hoje, não existindo este local, nas condições que Rio Branco tem hoje, o senhor vê alguma medida alternativa para o tratamento dele?

Psiquiatra 2: Eu vejo o que juízes fazem. O paciente melhorou, esta sendo medicado, a transformação da medida de segurança de internação em medida de segurança de ambulatório, isto é fazer com que o paciente frequente o ambulatório do HOSMAC a cada 30 ou a cada 60 dias. Fora isso não vejo outra alternativa, a não ser a construção do hospital de custódia e tratamento.

Pesquisadora: O senhor acha que em um primeiro momento precisa de internação e depois segue para o ambulatorial?

Psiquiatra 2: Não, eu acho que já tem casos que já poderia começar com o ambulatorial. Agora não sei se dentro da legislação, do Código Penal, se o juiz já pode de pronto já está determinando uma medida ambulatorial.

Pesquisadora: A reforma psiquiátrica veio e implementou várias mudanças na legislação de saúde mental, movida pelo movimento de luta antimanicomial, numa tentativa de acabar o tratamento fechado e implantar o tratamento mais aberto. O que o senhor acha sobre isso, trouxe algum benefício?

Psiquiatra 2: Eu acho que tem um lado ideológico da luta antimanicomial e tem um lado técnico. O lado técnico fala a favor e foi muito respeitado na lei 10.216, dizendo que o paciente deve ter o melhor local de tratamento possível e deixou bem claro a necessidade da formação de uma rede. A lei não disse que tem que fechar hospital psiquiátrico, nada disso. O hospital é uma necessidade, tem que continuar existindo. No momento a gente precisa de uma formação de uma rede de atendimento, hospital, CAPS, ambulatório de saúde mental, leitos em hospital, se construir esta rede o paciente vai ter condição de ser tratado da melhor maneira possível nos diversos momentos e situações que ele possa estar vivendo.

Pesquisadora: Então não seria necessariamente um tratamento em meio aberto, mas sim em um meio adequado de acordo com as fases?

Psiquiatra 2: O paciente agonizou, ficou agressivo, não tem controle no ambulatório, não tem controle no CAPS, ele vai internar. Saiu da fase agressiva, aguda, ou catatônica, porque a oscilação é de agressividade e de inibição psicomotora, de catatonia, pode ser também, saiu desta fase, ele vai ser encaminhado: ambulatório. Paciente com uma que nós temos aqui que todo dia tá na porta do hospital, vai passar o dia no CAPS, fazer atividades de terapia ocupacional, vai tomar seus medicamentos, vai almoçar e de noite vai dormir em casa. Paciente controlado, tranquilo, tomando seu medicamento, sem intercorrência: ambulatório.

Pesquisadora: O portador de transtorno mental autor de injusto penal caberia nesse sistema que o senhor relatou?

Psiquiatra 2: É possível que ele entre nesse esquema, mas cada caso tem que ser analisado. Porque tem o paciente que cometeu delito que ele não tem somente um transtorno do eixo 1, ele tem transtorno de personalidade, personalidade antissocial, então vão existir casos em que o paciente, se voltar ao meio social, ele vai voltar a agredir, a fazer as coisas perversas que ele faz. Então por isso é que tem que ter uma equipe bem preparada de psicólogos, assistentes social, psiquiatras para poder analisar estes casos e tomar estas decisões, com observação continuada dizer este caso aqui pode ter alta, pode transformar em medida de segurança ambulatorial, este caso aqui não pode tem que continuar aqui.

Pesquisadora: E se for o caso vai ficar internado sem prazo?

Psiquiatra 2: Ah sim, vão ter alguns casos que não tem como. A experiência mostra no Brasil a fora, gente que tava numa internação, de repente saiu e imediatamente cometeu o crime. Isso vai acontecer. Não é só o paciente que é esquizofrênico, é bipolar, o paciente tem transtorno de personalidade grave.

Pesquisadora: O senhor acha que isso precisava ser identificado quando o juiz fosse aplicar a medida de segurança?

Psiquiatra 2: Se o juiz tiver uma equipe técnica, como eu já disse, de psicólogo, assistente social, psiquiatra que faça uma avaliação, ele vai ter elementos para poder tomar decisões.

Pesquisadora: Aqui em Rio Branco o senhor tem conhecimento se o juiz tem este aporte na hora de aplicar a medida de segurança?

Psiquiatra 2: Eu acho que ainda é muito incipiente, não tem uma equipe bem montada. Agora é que o Dr José Roberto está fazendo parte lá da equipe da Francisco de Oliveira Conde, mas precisão de um aperfeiçoamento desta equipe.

Pesquisadora: De certa forma, voltando ao assunto da reforma psiquiátrica, esta possibilidade de tratamento em meio aberto e a legislação penal falando de internação, o senhor acha que há alguma incongruência entre estas duas ou não?

Psiquiatra 2: Eu vejo ainda muita. Porque a lei da reforma avançou, mas a legislação não acompanhou, as mudanças da legislação não acompanhou exatamente esta mudança. Em alguns está havendo um entendimento maior entre a psiquiatria, a saúde mental e a parte da justiça, os executores da justiça. Modelos como o de Minas Gerais, como o de Goiás, PAI-PJ, são modelos em que há uma interação maior e outras alternativas. Nós não conseguimos avançar aqui ainda num diálogo que possa está, vamos assim dizer, contemplando o que a nova lei determina.

Pesquisadora: O senhor já visitou estes programas que o senhor citou?

Psiquiatra 2: Não visitei estes programas, mas tive oportunidade de tomar conhecimento numa audiência pública que a Dra Gilda Carvalho promoveu em Brasília no ano passado em junho. Ela fez uma audiência pública chamando representantes do Brasil todo e a gente teve oportunidade de conhecer o que esta acontecendo nestes dois Estados que são modelos.

Pesquisadora: O senhor acha que Rio Branco tem condição de construir um modelo desse?

Psiquiatra 2: Eu acho que tem condição, tem vontade e tem pessoas empenhadas no Judiciário, o que falta é uma intermediação, alguém que possa estar puxando este diálogo com as várias partes envolvidas.

Pesquisadora: O número de casos de medida de segurança de internação aqui em Rio Branco é pequeno...

Psiquiatra 2: Eu não sei, você tem conhecimento, tem a estatística?

Pesquisadora: Hoje, são oito casos. O senhor acha que este número é baixo ou pelo que o senhor conhece pela população será este mesmo? O senhor acha que tem algum fator que iniba este número ser maior?

Psiquiatra 2: Eu acho que é um número baixo. E na realidade eu acho que ele também é baixo porque também deve estar havendo um cuidado do juiz de estar transformando de internação em ambulatório.

Pesquisadora: O senhor acha que já na hora de fixar o juiz já está fazendo isso pela falta de condições?

Psiquiatra 2: Eu acho que sim.

Pesquisadora: O senhor tem mais alguma coisa a acrescentar?

Psiquiatra 2: Não, só parabenizar você pelo trabalho que está fazendo porque ele naturalmente servirá de base para tomada de decisões do doente mental infrator que precisa de um tratamento humanizado.

Pesquisadora: Obrigada.

Anexo I - POEMA A CASA DOS MORTOS (Bubu)

A casa dos mortos
das mortes sem batidas de sino.
- Cena 1 deste filme-documentário
do mesmo destino de sempre;
é que aqui é a casa dos mortos!

A casa dos mortos
das overdoses usuais e ditadas legais.
- Cena 2 deste filme-documentário
do mesmo destino de sempre;
é que aqui é a casa dos mortos!

A casa dos mortos
das vidas sem câmbios lá fora.
- Cena 3 deste filme-documentário
do mesmo destino de sempre;
é que aqui é a casa dos mortos!

Prá começo de conversa, são 3 cenas,
são 3 cenas anteriores e posteriores
às minhas 12 passagens
pelas casas dos mortos,
que são os manicômios;
- tenho - digamos assim ! -
surto de loucura existencial brejinhótica,
relativos à minha cidade natal,
Oliveira dos Brejinhos - Bahia - Brasil;
voltando às cenas:
... cenas que, por si sós,
deveriam envergonhar os ditames legais
das processualísticas penais e manicomiais;
mas, aqui é a realidade manicomial!

Pois, bem: são 3 cenas,
são três cenas repetidas e repetitivas
de um ritual satânico-sacro
com poucos equivalentes comparados de terror,
cujo estoque self-made in world
é o medicamentoso entupir de remédios,
o qual se esquece de que
A Era Prozac
das pílulas da felicidade
não produz A Era da Felicidade
da nossa almática essência de liberdade;
mas, aqui é a realidade manicomial!

E, ainda sobre as 3 cenas:
 são 3 cenas de um mesmo filme-documentário:
 Cena 1, das mortes sem batidas de sino;
 Cena 2, das overdoses usuais e ditas legais;
 Cena 3, das vidas sem câmbios lá fora
 - que se reescrevam, então,
 Os Infernos de Dante Alighieri;
 mas, aqui é a realidade manicomial!

Reporto-me às palavras de um douto incontestado, um doutor que rompeu o silêncio,
 o jornalista Jânio de Freitas,
 do jornal A Folha de São Paulo:
 "A psiquiatria é a mais atrasada das ciências"
 - Parafraseio Jânio de Freitas
 porque a casa dos mortos,
 que é a metáfora arquitetônica
 pela qual designo a psiquiatria,
 pede que se fale
 contra si mesma!

E, por falar, também, em lucidez,
 sou lúcido e translúcido:
 a colunista-articulista Danuza Leão,
 no jornal baiano A Tarde, explica:
 "Lucidez é reconhecer
 a sua própria realidade,
 mesmo que isso lhe traga sofrimentos."
 Mas, qual, ó Bubu!:
 isto aqui é a casa dos mortos,
 e, na casa dos mortos,
 quem tem um olho é rei,
 porque esta é a máxima e a práxis
 da casa dos mortos.

Hospital São Vicente de Paulo /
 Taguatinga - Distrito Federal - Brasil, abril de 1995:
 o laudo a meu respeito (eu Bubu)
 é categórico e afirma sinteticamente:
 "O senhor Bubu é perfeita e plenamente lúcido!".
 Mas, é que lá a psiquiatria é Psiquiatria Federal com P maiúsculo,
 de propriedade patenteada
 e de panteão da civilização;
 enquanto que, aqui na Bahia,
 a psiquiatria é psiquiatria estadual,
 com p minúsculo,
 de pôrra-louquice
 e de prostíbulo do conceito clínico
 (não custa nada afirmar:
 eu Bubu fui absolvido
 pela Psiquiatria Federal,

e eu Bubu fui condenado
pela psiquiatria estadual
- eis o mote da minha história!)

Isto é um veredicto!
- tomara que fosse um ultimatum
à casa dos mortos!