

**INSTITUTO BRASILIENSE DE DIREITO PÚBLICO – IDP
ESCOLA DE DIREITO DE BRASÍLIA – EDB
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

LUCAS ROSADO MARTINEZ

**ENTRE SER E DEVER-SER: A FUNÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

**BRASÍLIA – DF
2016**

LUCAS ROSADO MARTINEZ

**ENTRE SER E DEVER-SER: A FUNÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Direito, realizada como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Escola de Direito do Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP).

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Barbosa Musse

**BRASÍLIA – DF
2016**

LUCAS ROSADO MARTINEZ

**ENTRE SER E DEVER-SER: A FUNÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DOS HOSPITAIS DE
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO**

Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Direito, realizada como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pelo Curso de Direito do Instituto Brasiliense de Direito Público (IDP).

Brasília, 27 de Novembro de 2016.

Profa. Dra. Luciana Barbosa Musse
Professora Orientadora

Prof(a) Me/Ma. Ou Prof(a) Dr(a) _____
Membro da Banca Examinadora

Prof(a) Me/Ma. Ou Prof(a) Dr(a) _____
Membro da Banca Examinadora

*Dedico esse trabalho à minha Mãe **Marcia Maria Rosado**, por sempre me oferecer o apoio que preciso, pelo amor e carinho e por sempre estar ao meu lado; á minha namorada **Larisse da Silva Alves** por ser a pessoa mais maravilhosa desse mundo, pelo amor, carinho, cuidado, preocupação e por me dar forças para viver cada dia; e à minha irmã **Marília Rosado Martinez** pelos ótimos momentos juntos e por ser minha eterna parceira.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Mãe **Marcia Maria Rosado** pelo apoio, pelo carinho e por ser uma mãe atenciosa, preocupada e sábia.

Agradeço à minha irmã **Marília Rosado Martinez** pela companhia, pelo bom humor que sempre me contagiou e pela amizade e carinho que sempre teve por mim.

Agradeço ao meu Pai **José Fernando Nunes Martinez** por ter me oferecido condições financeiras de cursar Direito na Escola de Direito de Brasília.

Agradeço ao meu avô **Adalberto Flávio Rosado** por ser o homem mais decente e íntegro que já conheci, possuindo toda minha admiração eterna.

Agradeço à minha Avó **Maria Cecília Guidara Rosado**, por ser um anjo na minha vida, sempre preocupada, carinhosa e prestativa.

Agradeço ao **Leonardo Gatto**, meu primo, meu melhor amigo e meu irmão pela amizade e pelo apoio que sei que sempre posso contar.

Agradeço à minha namorada **Larisse da Silva Alves**, que permaneceu de pé comigo do início ao fim dessa monografia, estando ao meu lado, me acalmando, me dando forças, me incentivando e demonstrando toda a sua sabedoria, seu amor e carinho que sei que possuo em seu coração.

Agradeço à minha Professora Orientadora **Luciana Barbosa Musse**, que me orientou, me guiou e me aconselhou desde o início dessa pesquisa.

Agradeço à professora **Kênia Bauer**, por ter despertado em mim o interesse e a vontade de realizar essa pesquisa científica no âmbito da psicologia jurídica.

Agradeço aos meus amigos **Rafa, Nanda, Brother, Enrique, Leo Barreto, Lucas, Thiago, Camila Rosa, Wolfgang, Beatriz** por serem as melhores companhias, as quais pretendo desfrutar até o resto da minha vida.

Agradeço à **Keite Camacho Pinto** que foi minha Supervisora de Estágio por 02 anos e me ensinou tudo o que sei sobre Direito Penal.

Agradeço aos meus filhos **Dudu, Juca, Paçoca, Memphis, Pocketo, Lilith, Sinatra, Hashtag, Praguinha, Sebastian, Stella** e **Theo** por serem seres iluminados e me demonstrarem carinho e devoção.

RESUMO

O manicômio judiciário é um estabelecimento diferenciado, possuindo a função de acolher e recuperar o indivíduo que sofre transtorno mental e cumpre Medida de Segurança. Entretanto, o “ser ” e o “dever ser” dessa função desempenhada pelos manicômios, conhecidos como HCTPs (Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, são conceitos que encontram-se bem distantes um do outro.

É necessário que se discuta qual a real função do HCTP, se ela é jurídica e possui um caráter punitivo para o agente, ou se é uma função social de recuperação e de reintegração do chamado “louco infrator”, de volta à sociedade. O Juiz de Direito aplica a Medida de Segurança, porém as razões e os fundamentos dessa aplicação devem ser pautados em pareceres médicos, psiquiátricos e psicológicos, elaborados por um profissional da saúde. Mais uma vez, é algo que se insere no campo do “dever ser”, pois não acontece de fato dessa maneira.

A ausência de regulamento, a superlotação, a falta de assistência médica, social e jurídica aos internos, todos são problemas recorrentes e que ofuscam a função do HCPT que é tratar e reinserir o “louco infrator” na sociedade. Existem Programas Ressocializadores que procuram fornecer um tratamento adequado à essas pessoas, diferente do que o oferecido pelos HCTPs, sendo que muitos desses Programas tem gerado resultados incríveis em diversos Estados da Federação.

Esta pesquisa, tem como objetivo seguir a linha de violação aos direitos humanos e temas interdisciplinares. É uma pesquisa de caráter interdisciplinar que exige conhecimento jurídico cumulado à alguns conceitos das áreas “psi” – psiquiatria, psicologia jurídica e psicanálise e deve ser desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Medida de Segurança. Função Social. Saber Médico. Saber Jurídico.

ABSTRACT

The judiciary asylum is a differentiated establishment, having the function of receiving and recovering the individual who suffers mental disorder and fulfills Security Measure. However, the “to be” and the “should be” of this function performed by asylums, known as HCTPs (Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment), are concepts that are very distant from one another.

It is necessary to discuss what the real function of the HCTP is, if it is legal and has a punitive character for the agent, or if it is a social function of recovery and reintegration of the so-called "crazy offender", back to society. The Judge of Law applies the Security Measure, but the reasons and the grounds for this application must be based on medical, psychiatric and psychological opinions, drawn up by a health professional. Again, it is something that falls within the field of the “should be”, since it does not really happen in that way.

Lack of regulation, overcrowding, lack of medical, social and legal assistance to inmates are all recurring problems that obscure the role of the HCPT, which is to treat and reintroduce "crazy offenders" in society. There are Resuscitation Programs that seek to provide adequate treatment to these people, different from those offered by HCTPs, and many of these Programs have generated incredible results in several states of the Federation.

This research aims to follow the line of violation of human rights and interdisciplinary issues. It is an interdisciplinary research that requires juridical knowledge cumulated with some concepts of areas “psi” – psychiatry, legal psychology and psychoanalysis and must be developed through bibliographical and documentary research.

Keywords: Hospital of Custody and Psychiatric Treatment. Security Measure. Social Function. Medical knowledge. Legal knowledge.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1 A RELAÇÃO ENTRE CRIME E LOUCURA.....	
1.1 A relação entre crime e loucura para a área psi.....	
1.2 A relação entre crime e loucura na legislação penal e para a doutrina brasileira	
1.3 O surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil	
2 PRINCIPAIS TRANSTORNOS APRESENTADOS POR PESSOAS EM CONFLITO COM A LEI EM MEDIDA DE SEGURANÇA	
2.1 Esquizofrenia	
2.2 Retardo Mental/Déficit intelectual/Deficiência intelectual	
2.3 Transtornos mentais devidos ao uso do álcool e outras drogas	
2.4 Transtornos de personalidade	
2.5 Epilepsia	
2.6 Transtornos afetivos uni ou bipolares	
2.7 Transtornos mentais orgânicos	
2.8 Transtornos de preferência sexual	
3 DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: A FUNÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NA CONTEMPORANEIDADE	
3.1 Tratar, punir ou ressocializar?	
3.2 Quebrando paradigmas: Programas de ressocialização do louco infrator	
3.2.1 PAILI	
3.2.2 PAIPJ	
3.2.3 Outros Programas	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

O tema a ser elucidado nesta monografia gira em torno da problemática a respeito dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), normalmente denominados manicômios judiciais, bem como de seu funcionamento e de sua principal função.

Um fato que é de conhecimento geral é que existem determinados tipos de criminosos que cometem ilícito muitas vezes em razão, ou sob influência de um transtorno mental. Este fato os distingue de criminosos comuns, logo, obviamente, a solução mais efetiva seria trata-lo em um estabelecimento de saúde mental e não em um estabelecimento prisional.

Seria ingenuidade pensar que o recolhimento propriamente dito nas unidades prisionais é a solução definitiva para os problemas causados por aqueles que cometem infrações à lei penal. Muitos desses agentes apresentam alguma espécie de transtorno mental que os distingue da maioria das pessoas e dos criminosos, em relação à sua capacidade mental e, por isso, recebem tratamento especial por parte do legislador.

Entretanto como deve ser esse procedimento? Será que o ritual padrão de uma condenação, dosimetria da pena e exame das circunstâncias de um fato-crime ordinário serviria igualmente para sopesar os elementos que envolvem um ilícito cometido por aqueles que praticaram um delito sob a influência de um transtorno mental?

Como já dito, os estabelecimentos específicos para tratar esse tipo de criminoso já existem, são os denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs). O principal objetivo dos HCTPs é fornecer o tratamento adequado para o indivíduo que sofre de um desses transtornos, e tenha praticado um delito em razão do mesmo, para que este esteja apto para voltar a conviver em sociedade. O objetivo secundário é manter o paciente sob custódia para que este não acarrete prejuízo ou dano ao meio social e à ordem pública, em razão do transtorno que sofre e do suposto perigo que representa para a sociedade.

Os HCTPs são, de acordo com a legislação penal vigente, precisamente os locais adequados para tratar criminosos que apresentam esses transtornos - são as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei, tradicionalmente denominados “loucos infratores” -, dispondo do tratamento psiquiátrico pertinente para cada caso.

Entretanto, os HCTPs, que são uma espécie de unidade prisional, não funcionam da maneira como deveriam, tal como ocorre com todo o sistema prisional brasileiro. A medida de segurança, sanção aplicável a esse grupo de pessoas, possui um tempo de recolhimento mínimo, que é estabelecido pelo juiz podendo variar de 01 à 3 anos. Porém não existe tempo máximo, muitas vezes prejudicando mais do que auxiliando aqueles que necessitam do tratamento adequado. Ou seja, para aquele que comete ilícito em razão de transtorno mental, seria muito mais gravoso ser recolhido ao HCTP do que ao próprio presídio, quando na verdade essas instituições deveriam zelar pela recuperação daqueles que sofrem transtorno mental.

A dificuldade em garantir o cumprimento do objetivo principal começa quando o objetivo secundário é mais valorizado e considerado mais importante para o funcionamento dos HCTPs, pois muitas vezes alguns indivíduos são enviados para estas instituições e permanecem lá muito mais tempo do que o necessário. O problema também surge quando a má administração dos HCTPs permite que vários pacientes que sofrem de transtornos distintos, convivam trancados em um mesmo lugar.

São pontos que dificultam na prestação do serviço dos HCTPs, uma vez que obscurecem seu propósito de recuperar os pacientes que lá estão. Mas então qual seria a melhor maneira mais efetiva para a resolução dessas problemáticas? A extinção dos HCTPs e o tratamento das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a lei n. 10.216/2001 e as experiências exitosas como o PAI/PJ e o Paili, dentre outras que serão aqui expostas.

Esta pesquisa, que se encontra inserida na linha de pesquisa Direitos Humanos e temas interdisciplinares, possui caráter interdisciplinar – pois exige conhecimento jurídico, aliado a noções afetas às áreas “psi” – psiquiatria, psicologia

jurídica e psicanálise - será desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica e documental.

O presente tema foi escolhido com base no importante papel jurídico-social, na contemporaneidade, desse dispositivo, que tem um duplo caráter: ser um dispositivo de segurança e de saúde, o que muito prejudica a recuperação e a ressocialização dessas pessoas com transtornos mentais que necessitam de tratamento diferenciado daquele oferecido pelos presídios e pelo sistema prisional. Nesta pesquisa será abordada a presente situação dos HCTPs no Brasil, e como, em tese, deveriam funcionar. Será abordado também a realização de um enfoque na legislação que disciplina e regula estas instituições e os indivíduos que para lá são enviados, sob a égide da psicologia jurídica, entendida como

[...] o estudo do comportamento das pessoas e dos grupos enquanto têm a necessidade de desenvolver-se dentro de ambientes regulados juridicamente, assim como de evolução dessas regulamentações jurídicas ou leis enquanto os grupos sociais se desenvolvem neles. (CLEMENTE *apud* TRINDADE, 2004, p. 25).

Além da psicologia jurídica, buscaremos subsídios na psiquiatria e na psicologia.

No decorrer do processo histórico do direito penal, foi-se descobrindo aos poucos que determinadas camadas de indivíduos possuíam um risco de ameaça à ordem pública, em razão de seus delitos estarem interligados a um possível transtorno mental, e contra elas não se fazia suficiente a simples repressão. Dessa maneira, o sistema penal ordinário não se mostrava eficaz na presente situação, fazendo com que o Poder Público criasse outro sistema de cumprimento de pena baseado em tratamento desses transtornos e recuperação destes indivíduos.

No Direito Romano, as referidas medidas eram aplicadas aos menores de idade e aos "loucos", considerados inimputáveis pela legislação. Nessa época, os "loucos" que não podiam ser controlados por sua família, eram então, aprisionados. No século XVI, surgiu a pena de prisão, sendo que seu cumprimento se dava em casas de trabalho e correção, ressaltando sua semelhança com as medidas preventivas. A Inglaterra foi pioneira na aplicação do tratamento psiquiátrico de criminosos doentes mentais, caracterizado pelo recolhimento de delituosos, na

condição de penalmente irresponsáveis, a um asilo de internados, vulgarmente conhecido como Manicômio. Essa ideia é muito bem trabalhada por Sergio Carrara (1998), conforme será visto mais adiante

Segundo o Código Penal brasileiro, em seu artigo 26:

É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (art. 26 do Código Penal de 1940).

Dessa maneira, institui-se a chamada Medida de Segurança, que nada mais é do que a sanção penal, amparada pelo Código Penal brasileiro, aplicável aos inimputáveis e semi-imputáveis em decorrência de transtorno, doença ou deficiência intelectual. Essa sanção penal é aplicada nos chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), também conhecidos como manicômios judiciários. Entretanto, nem todos os Estados possuem um HCTP para esse procedimento, logo, nesses casos, a pena será cumprida em uma Ala de Tratamento Psiquiátrico localizadas em presídios comuns.

Michel Foucault em sua obra “Os anormais” (2001, p. 39-40), partindo da realidade francesa, delimita muito bem essa divisão:

De fato, o que eu tinha tentado mostrar a vocês e que, de acordo com o Código Penal de 1810, nos próprios termos do celebre artigo 64, segundo o qual não há crime nem delito se o indivíduo estiver em estado de demência no momento do crime, o exame deve permitir, em todo caso deveria permitir, estabelecer a demarcação: uma demarcação dicotômica entre doença e responsabilidade, entre causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e Punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão.

É necessário optar, porque a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura.

Princípio da porta giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária. A justiça não pode ter competência sobre o louco, ou melhor, a loucura [*rectius*: justiça] tem de se declarar incompetente quanta ao louco, a partir do momento em que o reconhecer como louco: princípio da soltura, no sentido jurídico do termo.

Apesar da análise foucaultiana anteriormente reproduzida encontrar reflexo na realidade brasileira, no nosso país essas Medidas de Segurança são aplicadas

por um Juiz de Direito, quando houver comprovação pericial do transtorno mental, dessa maneira deve se seguir à internação do indivíduo no estabelecimento adequado. Essa internação e o tratamento psiquiátrico perdurarão por tempo indeterminado, até que seja averiguada a cessação de periculosidade por outra perícia médica e com o prazo mínimo de tratamento de um a três anos.

O HCTP caracteriza-se, então, por ser uma instituição duplamente disciplinar. Segundo Michel Foucault, está submetida aos saberes e poderes da medicina e do direito. Ambas são ciências que trabalham em conjunto para ao mesmo tempo em que provisiona um tratamento à doença mental do indivíduo, também regula suas ações e sua conduta no meio social.

A psicologia jurídica é um ramo importantíssimo e uma ferramenta muito útil para lidar com essa situação, visto que dispõe dos preceitos da área psi voltados para a parte jurídica, isto é, o direito propriamente dito. Ernesto Venturini em sua obra “O Crime Louco” (2012, p.24) descreve muito bem o papel da psiquiatria e psicologia forense:

Em todo caso, meu interesse é o de trazer à luz o papel desenvolvido pela psiquiatria forense na formulação do juízo penal e pesquisar os influxos que as transformadas condições político-sociais exercem sobre o pensamento jurídico. As sentenças e perícias serão examinadas, não para levantar críticas a técnicos e colegas, cuja correção e profissionalismo são reconhecidos, mas sim para tentar desenvolver, a partir do material produzido, leituras diversas das tradicionalmente sustentadas pelos especialistas e demonstrar o quanto a posição dos peritos acaba por influenciar as sentenças dos juízes.

Bem, é fato que a psicologia deve trabalhar em conjunto com o direito para lidar com a presente situação. Também é fato que devem existir instituições/serviços específicas para tratar esses criminosos que sofrem distúrbios mentais.

O caráter duplamente disciplinar dessas instituições são evidentes. Sérgio Cararra, em sua obra “Crime e Loucura, o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século (1998, p. 31) elucida um dos principais problemas que tem prejudicado o andamento dos procedimentos realizados nos manicômios judiciários:

Uma outra face do mesmo problema parece estar presente no que diz respeito à duração do período de internação. Ora, há um descompasso

evidente entre a idéia de uma medida-de-segurança com duração mínima estabelecida pelos tribunais, e proporcional à pena atribuível ao mesmo crime caso tivesse sido cometido por pessoa sadia, e as concepções “individualizantes” da medicina relativas ao processo de doença e de cura. Parece que não se pode exigir de uma doença que respeite os prazos legais, embora seja exatamente isso que faz o Código Penal. Essa nova inconsistência lógica aponta ainda para o fato de haver uma hesitação visível, na legislação e nos preceitos que institui, quanto a aceitar o fato de que, tendo sido transformado em **paciente**, o delinqüente deveria – **logicamente** – ser retirado das malhas da lei para ser integralmente abandonado nas mãos dos psiquiatras. A formulação de um internamento médico com prazo mínimo determinado por lei é um ótimo exemplo da complexidade da interpenetração de um modelo de intervenção médica e de um modelo de intervenção jurídica. Tal interpenetração problemática aponta, desde logo, para a ambigüidade do estatuto médico-legal dos chamados **loucos criminosos**, habitantes de uma região estranha onde “culpa” e “inocência” parecem se defrontar com igualdade de forças.

Ante todo o exposto, pode-se verificar que realmente existe uma problemática muito grande acerca do papel/da função social dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e essa problemática será abordada nesta monografia por meio de três capítulos, que serão estruturados a partir de pesquisa bibliográfica e documental de caráter interdisciplinar. O primeiro capítulo irá tratar dos olhares do direito e da área psi sobre a relação entre crime e loucura. Os transtornos mais frequentes entre os indivíduos em conflito com a lei em medida de segurança serão expostos no segundo capítulo.

O terceiro e ultimo capítulo discorrerá da função jurídico-social do Hospital de Custódia e Tratamento do seu papel na contemporaneidade, que por sua vez é o tema central e mais importante a ser discutido nesta monografia.

1 A RELAÇÃO ENTRE CRIME E LOUCURA

Insanidade, uma palavra forte que pode possuir múltiplos significados. Para alguns, insanidade pode significar demência, referindo-se às condições mentais de um indivíduo. Para outros, pode significar um distúrbio da mente humana que se exterioriza mediante pensamentos considerados anormais pela sociedade.

Para a psicologia, a insanidade mental pode ser caracterizada por um estado de fragilidade e confusão da mente. Um estado mental de desequilíbrio que repercute nas ações e reações daquele que apresenta essas condições.

A palavra insanidade já apareceu em citações muito famosas. Um grande exemplo disso é aquela famosa citação de Albert Einstein: “ Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes. ”

Entretanto não há uma definição certa a respeito desse conceito, a insanidade ainda é um instituto muito abstrato no campo da psiquiatria e da psicologia. Ao certo, sabe-se que a insanidade mental é um distúrbio que gera uma falta de noção da realidade, e isso reflete na conduta e nas ações praticadas por aqueles que sofrem desse distúrbio, sobretudo no louco infrator.

A relação entre crime e loucura é muito tênue, pois ela da origem a uma nova espécie de insanidade, a insanidade criminosa, na qual a conduta praticada por loucos infratores possuem repercussão no meio jurídico, podendo em determinadas ocasiões colocar em risco a segurança e a ordem social.

1.1 A relação entre crime e loucura para as áreas psi.

A psiquiatria é o ramo da medicina que se ocupa dos transtornos mentais e de seu tratamento. Para que seja estabelecida uma relação entre crime e loucura é necessário entender o que é a insanidade para a psiquiatria. Até mesmo nesta seara, a loucura pode possuir diversos conceitos que foram modificados ao passar do

tempo. Temos o conceito de loucura como doença psiquiátrica, e conceitos histórico-sociais que sofreram mutação com a institucionalização psiquiátrica.

Nesta seara, observa-se que há um debate entre a Psiquiatria e a Saúde Mental no que tange aos conceitos de loucura, porém este debate se torna uma rivalização na proporção em que as concepções acerca do tema das duas áreas divergem, entre a visão naturalista da Psiquiatria e a visão das Ciências Humanas e Sociais na Saúde Mental. Essa divisão de conceitos acaba por gerar duas vertentes diferentes: uma que é permeada pela ideia de mundo trazida pelas ciências naturais, e outra permeada pela ideia de mundo das ciências humanas, conforme defende o autor Snow em sua obra "As duas culturas e uma segunda leitura" (1995, P.9):

É inegável que a contraposição entre a **cultura científica** e a **cultura humanística** que o instigante livro de C. P. Snow propõe de forma irônica, muito inglesa, tocou indiscriminadamente intelectuais de todo o mundo, considerados ignorantes em ciência ou nas chamadas humanidades. Essa é uma das razões do impacto duradouro do que começou com uma conferência de torde Snow, em Cambridge, criando e cunhando a expressão "duas culturas" para apontar **diversidades entre cientistas e não cientistas**. Considera que os cientistas, apesar de diferentes segundo o objetivo de sua pesquisa, têm valores, comportamentos, abordagens e suposições comuns. Entre os humanistas, a variação de atitudes seria maior, embora tenham também em comum sentimentos anticientíficos bem como a desconsideração pelo valor da pesquisa do mundo natural e suas consequências.

Entretanto, os conceitos de loucura trazidos pelo ramo que estuda a Saúde Mental, atualmente, são considerados conceitos equivocados que foram superados pela produção científica psiquiátrica mais recente.

Em sua obra, "Psiquiatria e antipsiquiatria" (1967, P. 13), o psiquiatra David Cooper também discorre acerca da loucura, comparando duas vertentes, no âmbito da esquizofrenia:

No período mais recente da história da psiquiatria, nos últimos dez ou quinze anos, descobrimos que as abordagens do que é chamado esquizofrenia se dividem, geralmente, em duas categorias. De um lado temos os convencionais, que declaram ou, mais frequentemente, assumem, sem sentir a necessidade de declarar, que existe uma entidade de doença (isto é, um tipo de doença) chamada esquizofrenia que deve ser explicado causalmente. De acordo com outra abordagem, essa entidade não está, de modo algum, claramente definida, e o modelo "doença" não é o mais

adequado no campo da esquizofrenia, ou ainda, trata-se de um modelo a própria natureza completamente oposta deste campo.

Para que seja estabelecida uma relação entre crime e loucura, é necessário entender que a saúde mental está diretamente relacionada com a conduta do louco infrator, porquanto a loucura para a psiquiatria é, em um posicionamento majoritário, considerada uma doença.

Para Foucault (2001, p. 114), o crime possui relação direta com a insanidade no sentido de tratar-se de uma disfunção, uma doença sofrida pelo criminoso:

Bem diferente é o tema, no entanto análogo na superfície, que vocês veem despontar no fim do século XVIII, no qual **não é o crime que é a doença do corpo social, mas sim o criminoso que, como criminoso, poderia ser de fato um doente**. Isso é dito, com toda clareza, na época da Revolução Francesa, nas discussões travadas por volta de 1790-1791, no momento em que se elaborava o novo Código Penal. Vou lhes citar alguns textos, por exemplo, o de Prugnon, que dizia: Os assassinos são exceções às leis da natureza, todo ser moral deles esta extinto [...]. Eles estão fora das proporções ordinárias. Ou este texto: "**Um assassino é [verdadeiramente] um ser doente**, cuja organização viciada corrompeu todas as afeições. Um humor acre e ardente o consome. Vitet, em *Médecine expectante*, diz que alguns crimes, talvez sejam, em si, espécies de doenças. E no tomo XVI do *Journal de médecine*, Prunelle apresenta um projeto de pesquisa na penitenciária de Toulon, para verificar se os grandes criminosos presos em Toulon podem ser considerados ou não doentes. Primeira pesquisa, acho eu, sobre a medicalização possível dos criminosos.

Para a psiquiatria, a loucura é considerada uma disfunção mental, isto é uma doença de capacitação intelectual. As atrocidades cometidas em crimes bárbaros por indivíduos que sofrem desse mal estão relacionadas diretamente com o instituto da loucura que a conceitua como doença. Logo, o indivíduo não age naturalmente e sim, em prol do transtorno que influencia e muitas vezes controla suas ações.

Esse entendimento é concreto no âmbito da psiquiatria, como pode-se extrair dos autores Carlos Gustavo Sardinha Mansur e Cássio Bottino, acerca da influência exercida sob o indivíduo pelas SD (Síndromes Demenciais), na obra "Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica II" (2006, p.42):

As SD e suas características clínicas, como visto anteriormente, podem afetar de forma direta a capacidade do indivíduo de compreender o mundo a sua volta, reter novas informações e mesmo de deliberar sobre os mais diversos assuntos. Esse comprometimento pode ocorrer de forma transitória ou definitiva, nos mais variados graus.

Naturalmente, alterações cognitivas dessa monta têm implicações médico-legais, cíveis e eventualmente penais e trabalhistas.

A capacidade laborativa de pacientes com SD pode estar seriamente comprometida, levando a processo de aposentadoria. Contudo, os casos devem ser individualizados, levando-se em conta o trabalho realizado e as habilidades exigidas, bem como a extensão do comprometimento do paciente, a ser acessado da forma mais completa possível pelo médico perito, valendo-se de dados de história, exame do estado mental, testagens psicológicas e exames subsidiários.

Caso venha a cometer um crime, certamente o exame criminológico do indivíduo portador de SD tem como objetivo precisar a influência de seu estado mórbido sobre o ocorrido, visando a caracterizar o indivíduo como imputável, semi-imputável ou inimputável. Indivíduos com SD são particularmente propensos a atos impulsivos, embora estes não sejam comuns (SPREHE 1994). Estudo realizado na Suécia encontrou uma prevalência de apenas 7% de SD entre criminosos com idade acima de 60 anos, número que se aproxima da prevalência nessa população (FANZEL; GRANN, 2002). Naturalmente, a capacidade dos indivíduos com SD para prestar testemunho, realizar confissões ou constituir júri também deve ser avaliada especificamente.

A psicanálise possui um olhar diferente acerca dos transtornos mentais, relacionando-os com a neurose e com a sexualidade. Inicialmente, cabe ressaltar o entendimento da psicanálise acerca da neurose, que é um distúrbio psíquico trabalhado por esta vertente da área psi.

O autor Marco Antônio Coutinho Jorge, em sua obra “Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan”, (V. 2, 2010, p.54) discorre a respeito da relação entre a neurose e a carência de percepção da realidade:

Freud apresentou as teses inovadoras de “Formulações” inicialmente na Sociedade Psicanalítica de Viena, na sessão de 26 de outubro de 1910, quando proferiu uma conferência chamada “Dois princípios do funcionamento psíquico”. Como de costume, levava ao grupo de discípulos mais próximos suas recentes elaborações. Nessa conferência, **Freud diz, de saída, que se trata de formular a relação existente entre a neurose e a realidade: as neuroses têm como consequência tornar o paciente incapaz de ter acesso à realidade, e o exemplo extremo disso é a confusão alucinatória, na qual o sujeito se desvia da realidade porque não quer reconhecer o evento que está na origem de sua doença** – ideia que Griesinger já havia formulado em 1845 e Freud citara diversas vezes. Os processos inconscientes,

considerados primários, são dominados pelo princípio de prazer e revelam o funcionamento mental mais arcaico do psiquismo.

Para Freud, o pai da psicanálise, a neurose ocorre em razão da frustração sobre a repressão dos desejos libidinais e seu conflito patogênico com o ego. Freud classifica o indivíduo neurótico como “aquele que não tolera as frustrações que podem ser impostas pelas sociedades em decorrência dos valores morais.”

Partindo desta premissa, relaciona-se o crime como sendo parte da mente, assim como a doença em si, sendo que esta enseja uma ação humana pautada no subconsciente do indivíduo. Freud, ao relacionar a prática delituosa de crime com a neurose, afirma que esta ocorre pelo fato de tratar-se de conduta proibida, e por consequência, a execução do proibido alivia o psiquismo do indivíduo que sofre desse mal.

Freud também estabelece um paralelo entre o crime e o sentimento de culpa, sustentando que a culpa precede o crime, isto é, ela é anterior e origina a prática delituosa. Nesse sentido, em sua obra “Criminosos em consequência de um sentimento de culpa”, (2009), Freud (*apud* CALHAU, 2009) discorre a respeito:

Por mais paradoxal que isso possa parecer, devo sustentar que o **sentimento de culpa se encontrava presente antes da ação má, não tendo surgido a partir dela**, mas inversamente – a iniqüidade decorreu do sentimento de culpa. Essas pessoas podem ser apropriadamente descritas como criminosas em consequência do sentimento de culpa. A preexistência do sentimento de culpa fora, naturalmente, demonstrada por todo um conjunto de outras manifestações e efeitos.

Outro posicionamento muito importante na presente questão é o de Jaques Lacan, um renomado autor da psicanálise. Lacan discorre do poder da lei na regulação da conduta do indivíduo, e da relação entre a psicanálise e a criminologia. Em sua obra “Premissas à todo desenvolvimento da criminologia” (2009), Lacan (*apud* CALHAU, 2009) afirma:

A psicanálise amplia o campo das indicações de um **tratamento possível do criminoso como tal** – evidenciando a existência de **crimes que só tem sentido se compreendidos numa estrutura fechada de subjetividade** – nominalmente, aquela que exclui o neurótico do

reconhecimento autêntico do outro, amortecendo para ele as experiências da luta e da comunicação social, estrutura esta que pode deixar atormentado pela raiz truncada da consciência moral que chamamos de supereu, ou, dito de outra maneira, pela profunda ambigüidade do sentimento que isolamos no termo culpa.

Lacan ainda discorre que a psicanálise, utilizando-se da dialética, pode favorecer que o criminoso externar sua culpa de maneira a ser responsabilizado por seus atos contra a vítima e a sociedade, assumindo essa responsabilidade. De acordo com Lacan (*apud* CALHAU, 2009):

Isso porque a realidade humana não é apenas obra da organização social, mas é **uma relação subjetiva que, por estar aberta à dialética patética que tem de se submeter o particular ao universal, tem seu ponto de partida numa dolorosa alienação do indivíduo em seu semelhante, e encontra seus encaminhamentos nas represálias da agressividade.** (...)

A ação concreta da psicanálise é de benefício numa ordem rija. **As significações que ele revela no sujeito culpado não o excluem da comunidade humana.** Ela possibilita um tratamento em que o sujeito não fica alienado em si mesmo. A responsabilidade por ela restaurada nele corresponde à esperança, que palpita em todo o ser condenado, de se integrar em um sentido vivido. (...)

A psicanálise do criminoso tem limites que são exatamente aqueles em que começa a ação policial, em cujo campo ela deve se recusar a entrar. Por isso é que **não há de ser exercida sem punição,** mesmo quando o delinqüente, infantil, se beneficiar de uma certa proteção da lei.

Conclui-se que o posicionamento de Jaques Lacan consiste em uma humanização do criminoso enquanto figura na relação jurídica delituosa, responsabilizando-o por seu ato, mas de maneira a tratar efetivamente sua saúde mental.

Diante do exposto, têm-se diferentes posicionamentos dentro das áreas psi sobre a relação da loucura com o crime, tanto para a seara da psicologia jurídica quanto para a psiquiatria e a psicanálise. Entretanto, todos eles convergem no sentido de que o louco infrator não pode ser tratado quer como um criminoso, quer

como um doente mental comum, uma vez que o transtorno que o influencia a cometer crimes age de maneira específica em seu consciente.

1.2 A relação entre crime e loucura para a legislação penal e para a doutrina brasileira

Conforme já citado anteriormente, o Código Penal brasileiro isenta de pena o indivíduo que sofre de um transtorno mental, uma vez que este será incapaz de compreender o caráter da pena que lhe fora aplicada.

Para que esta afirmação faça sentido, é preciso entender qual é a função de se aplicar uma pena no âmbito do direito penal. Existem diversas teorias que delimitam a função da pena, há de se falar em **Teoria Retributiva ou Absoluta**, sustentando que a pena é uma punição, ou até uma espécie de castigo que deve ser imposta àqueles que cometem crime.

Julio Fabbrini Mirabete em seu “Manual de Direito Penal”, (2014, p. 230-232), traz a seguinte análise sobre essa corrente doutrinária:

As **teorias absolutas** (de retribuição ou retribucionistas) têm como fundamento da sanção penal a exigência da justiça: **pune-se o agente porque cometeu o crime** (*punitur quia peccatum est*). Dizia Kant que a pena é um imperativo categórico, consequência natural do delito, uma retribuição jurídica, pois ao mal do crime impõe-se o mal da pena, do que resulta igualdade e só esta igualdade traz a justiça. **O castigo compensa o mal e dá a reparação á moral**. O castigo é imposto por uma exigência ética, não se tendo que vislumbrar qualquer conotação ideológica nas sanções penais. Para Hegel, a pena, razão do direito, anula o crime, razão do delito, emprestando-se à sanção não uma reparação de ordem ética, mas de natureza jurídica. Verifica-se, assim, que, quanto à natureza da retribuição, que se procurava sem sucesso não confundir com castigo, dava-se um caráter ora divino (Bekker, Sthal), ora moral (Kant), ora jurídico (Hegel, Pessina). Para a Escola Clássica, a pena era tida como puramente retributiva, não havendo qualquer preocupação com a pessoa do delinquente (item 1.4.9). A ausência da preocupação com a pessoa do infrator, como acentua Manoel Pedro Pimentel, foi o ponto fraco da referida escola, que a tornou vulnerável às críticas mais sérias.

Há também, a **Teoria Preventiva**, sustentando que a pena existe para proteger o bem jurídico que sofreu dano ou correrá risco de sofrê-lo, de maneira a impedir e prevenir que o indivíduo não viesse a cometer novos delitos.

Mais uma vez nos socorremos de Julio Fabbrini Mirabete (2014, p. 230-232), para lançar luzes sobre essa segunda corrente doutrinária:

Nas teorias relativas (utilitárias ou utilitaristas), dava-se à pena um fim exclusivamente prático, em especial o de prevenção. O crime não seria causa da pena, mas a ocasião para ser aplicada. Feurebach, pai do Direito Moderno e precursor do Positivismo, entendia que **a finalidade do Estado é a convivência humana de acordo com o Direito. Sendo o crime a violação do Direito, o Estado deve impedi-lo por meio da coação psíquica (intimidação) ou física (segregação). A pena é intimidação para todos, ao ser cominada abstratamente, e para o criminoso, ao ser imposta no caso concreto.** Jeremias Bentham dizia que a pena é um mal tanto para o indivíduo, que a ela é submetido, quanto para a sociedade, que se vê privada de um elemento que lhe pertence, mas que se justifica pela utilidade. O fim da pena é a prevenção geral, quando intimida todos os componentes da sociedade, e de prevenção particular, ao impedir que o delinquente pratique novos crimes, intimidando-o e corrigindo-o. Para os positivistas, com o interesse deslocado do crime para o delinquente, intensifica-se essa proposição. Garófalo, com base em seu conceito de temibilidade de delinquente, fazia depender desta a necessidade e a medida da pena, cujo **o fim deveria ser a readaptação do criminoso ao meio social.** Entendia que a sanção é o meio de defesa social adaptado à personalidade do delinquente. Romagnosi também pregava o fim utilitário da pena afirmando não ser necessária a punição quando se tivesse a certeza moral de que o delinquente não reincidiria. Roeder pregou a instituição de penas indeterminadas, pois estas são uteis apenas até a recuperação do criminoso.

Por fim, a teoria mais humanamente aceitável, é a **Teoria Eclética ou Mista**, que mistura a função de prevenir da Teoria Preventiva com a função de ressocializar, isto é, reinserir o indivíduo na sociedade.

Julio Fabbrini Mirabete (2014, p. 230-232), também se debruçou sobre essa terceira e última posição doutrinária, conforme a seguir exposto:

Já para **as teorias mistas** (ecléticas) fundiram-se as duas correntes. Passou-se a entender que a pena, por sua natureza, é retributiva, tem seu aspecto moral, mas **sua finalidade é não só a prevenção, mas também um misto de educação e correção.** Para Pellegrino Rossi, Guizot e Cousein, a pena deve objetivar, simultaneamente, retribuir e prevenir a infração: *punitur quia peccatum ut ne peccetur*. Segundo tal orientação, a pena deve conservar seu caráter tradicional, porém outras medidas devem ser adotadas em relação aos autores de crimes, **tendo em vista a periculosidade de uns e a inimizabilidade de outros. Seriam essas as denominadas medidas de segurança.** (...)

(...) Desde a origem até hoje, porém, a pena sempre teve o caráter predominantemente de retribuição, de castigo, acrescentando-se a ela uma finalidade de prevenção e ressocialização do criminoso. A retribuição e a prevenção são faces da mesma moeda e, como acentua Everaldo da Cunha Luna, "a retribuição, sem a prevenção, é vingança; a prevenção, sem retribuição, é desonra". Enquanto se proclama na exposição de motivos da Lei de Execução Penal o princípio de que as penas e as medidas de segurança devem realizar a proteção dos bens

jurídicos e a reincorporação do autor á comunidade (item 14), a realidade demonstra que a pena continua a ser necessária, como medida de justiça, reparadora e impostergável, mas "as suas finalidades adicionais, tais como prevenir a prática de novos delitos e promover a reinserção social do condenado, não são satisfatoriamente cumpridas".

Para maior enriquecimento da análise, trazemos, também, o posicionamento de Luiz Regis Prado, acerca da Teoria Eclética, em sua obra "Curso de Direito Penal Brasileiro" (2014, p.453):

É preciso ressaltar que o fundamento da pena não radica tão somente nos fins de prevenção geral ou de prevenção especial. A preponderância absoluta das exigências de prevenção geral implicaria constante e substancial ampliação das margens penais dos delitos mais graves ou mais frequentemente praticados, o que conduziria a penas injustas e desproporcionais.

Por outro lado, **justificar a pena exclusivamente pela prevenção especial comprometeria sobremaneira a missão precípua do Direito Penal, de proteção de bens jurídicos fundamentais.** E isso porque, se, por um lado, na hipótese de delinquentes ocasionais, **dever-se-ia prescindir de qualquer sanção penal – já que necessitam de um tratamento corretivo** -, de outro, na hipótese de delinquentes perigosos, ainda que autores de delitos de menor gravidade, seria obrigatória a imposição de penas desproporcionais.

Por fim, tem-se o posicionamento doutrinário de Guilherme de Souza Nucci, a respeito do conceito de "pena" para o direito penal brasileiro, em sua obra "Manual de Direito Penal" (2014, Capítulo XXI):

É a sanção imposta pelo Estado, através da ação penal, ao criminoso, cuja finalidade é a **retribuição ao delito perpetrado e a prevenção a novos crimes.** O caráter *preventivo* da pena desdobrasse em dois aspectos, geral e especial, que se subdividem em outros dois. Temos quatro enfoques: a) *geral negativo*, significando o **poder intimidativo que ela representa a toda a sociedade**, destinatária da norma penal; b) *geral positivo*, demonstrando e reafirmando **a existência e eficiência do Direito Penal**; c) *especial negativo*, significando a **intimidação ao autor do delito para que não torne a agir do mesmo modo**, recolhendo-o ao cárcere, quando necessário e **evitando a prática de outras infrações penais**; d) *especial positivo*, que consiste na **proposta de ressocialização do condenado, para que volte ao convívio social, quando finalizada a pena ou quando, por benefícios, a liberdade seja antecipada.**

Conforme o atual sistema normativo brasileiro, a pena não deixa de possuir todas as características expostas: castigo + intimidação ou reafirmação do Direito Penal + recolhimento do agente infrator e ressocialização. O art. 59 do Código Penal menciona que o juiz deve fixar a pena de modo a ser necessária e suficiente para *reprovação e prevenção* do crime. Além disso, não é demais citar o disposto no art. 121, § 5.º, do Código Penal, salientando que é possível ao juiz aplicar o perdão judicial, quando as consequências da infração atingirem o próprio agente de maneira *tão grave* que a sanção penal se torne *desnecessária*, evidenciando o caráter punitivo que a pena possui. Sob outro prisma, asseverando o **caráter reeducativo da pena**, a Lei de Execução Penal preceitua que **“a assistência ao preso e ao internado é dever do Estado, objetivando prevenir o crime e orientar o retorno à convivência em sociedade”** (art. 10, com grifo nosso). Ademais, o art. 22, da mesma Lei, dispõe que **“assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade”** (grifo nosso). Merece destaque, também, o disposto no art. 5.º, 6, da Convenção Americana sobre Direitos Humanos: **“As penas privativas da liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados”**. Impossível, então, desconsiderar o tríplice aspecto da sanção penal.

Ante o exposto, em razão da convergência de posicionamento entre os autores, pode-se concluir que a doutrina majoritariamente reconhece a Teoria Eclética, a qual, segundo Nucci, possui uma “Função Tríplice” de prevenir, intimidar e ressocializar o indivíduo que comete crime, como a Teoria que sustenta a função da aplicação de uma pena no direito penal.

Mas, a medida de segurança não é pena, essa teoria aplica-se, então, ao louco infrator?

A execução penal, isto é, a fase de cumprimento da pena pelo autor do delito, é regida pela Lei nº 7.210/84, que disciplina seu procedimento, estabelecendo as regras, a administração e os benefícios que podem ser concedidos ao detento que cumprir os requisitos. Em seu primeiro capítulo, a lei estabelece claramente que dispõe dos condenados ou dos internados, no caso do louco infrator. Em seu artigo 7º, é possível perceber claramente a preocupação com a saúde mental do infrator:

Art. 7º A Comissão Técnica de Classificação, existente em cada estabelecimento, será presidida pelo diretor e composta, no mínimo, por 2 (dois) chefes de serviço, **1 (um) psiquiatra, 1 (um) psicólogo e 1 (um) assistente social**, quando se tratar de condenado à pena privativa de liberdade.

O fato de serem designados um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social para acompanhar o progresso e o desenvolvimento do infrator condenado à

pena privativa de liberdade demonstra uma clara preocupação da lei em proteger e resguardar a saúde mental do indivíduo, um bem jurídico demasiadamente importante e muitas vezes causador do comportamento de delinquência.

Em razão desse raciocínio, surgem as Medidas de Segurança, que são as sanções penais aplicáveis nos casos de crimes praticados por inimputáveis e semi-imputáveis. As Medidas de Segurança estão dispostas pelo Título VI do Código Penal e seus seguintes artigos. Os artigos 97 e 98 do Código regulam a aplicação de Medida de Segurança para os inimputáveis e semi-imputáveis, respectivamente:

Art. 97 - Se o agente for **inimputável**, o juiz determinará sua **internação** (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Código Penal de 1940).

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de **especial tratamento curativo**, a **pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial**, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (Código Penal de 1940).

Dessa maneira, entende-se que a Medida de Segurança é a sanção penal que substitui a pena privativa de liberdade, pois a lei entende que no caso dos inimputáveis e dos semi-imputáveis, a medida cabível mais efetiva é a internação e o tratamento devido da saúde mental do indivíduo que ocasionou a realização do ato ilícito.

O artigo 96 do Código Penal cuida de regular as espécies de Medida de Segurança a serem aplicadas, que classificam-se em:

Art. 96. As medidas de segurança são:

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

II - sujeição a **tratamento ambulatorial**. (Código Penal de 1940)

Conforme já fora discutido, e ainda será visto mais a frente nesta pesquisa, a Medida de Segurança consiste na internação do criminoso que sofre de doença mental nos HCTPs. Entretanto, uma outra espécie alternativa para a aplicação de Medida de Segurança é o tratamento ambulatorial, que nada mais é do que um

tratamento sem a necessidade de internação, como procedimentos médicos e cirurgias. O tratamento ambulatorial deve ser aplicado, alternativamente, quando a pena por aquele crime seria de detenção.

A Medida de Segurança, para ser aplicada, também depende de uma perícia médica acerca da saúde mental do indivíduo, nos termos do artigo 149 do Código de Processo Penal:

Art. 149. Quando houver **dúvida sobre a integridade mental do acusado**, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, **seja este submetido a exame médico-legal**. (Código de Processo Penal de 1941)

Além do mais, durante o tempo da execução da Medida de Segurança, a perícia médica deve ocorrer quantas vezes forem necessárias se assim o juiz da execução entender, nos termos do artigo 97, §2º do Código Penal: “[...] § 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e **deverá ser repetida de ano em ano**, ou **a qualquer tempo**, se o determinar o juiz da execução.” (Código Penal de 1940)

Outro dispositivo legal que favorece e confere direitos à pessoa com transtorno mental, é a lei 10.216/2001. O artigo 1º da referida lei já delimita claramente a proteção que é conferida ao doente mental:

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. (Lei 10.216/2001)

Ou seja, o dispositivo legal confere direitos à pessoa com transtorno mental independente da gravidade de seu transtorno. Possuindo um caráter inclusivo, a referida lei é um dispositivo protetivo da integridade física e mental do doente mental.

Já no artigo 2º da lei, estão dispostos os direitos do doente mental:

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**. (Lei 10.216/2001)

E é em razão da não observância dos direitos anteriormente elencados, em virtude do duplo caráter e da realidade dos HCTPs brasileiros que nos propusemos a desenvolver essa pesquisa.

Por fim, o Parecer da PFDC (Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão) junto com o MPF (Ministério Público Federal) sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2011, p.14) também estabelece essa distinção de classe entre os criminosos, caracterizando e criando a expressão “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei”:

Essa mesma problemática, ligada à busca por uma denominação mais apropriada que possa assim realçar nuances cruciais, aparece ainda mais complexa quando se refere ao **indivíduo tradicionalmente**

identificado pelo termo "louco infrator", amplamente adotado pela **legislação, em decisões judiciais e mesmo por iniciativas pioneiras, como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator - PAILI**, do Ministério Público de Goiás; entretanto, de modo extensivo e coerente, propõe-se a adoção da terminologia **"pessoa com transtorno mental em conflito com a lei"**, para reforçar, por meio de sistemática explicitação, todos os componentes da exclusão psicossocial que se pretende combater.

Ante todo o exposto, é perfeitamente possível concluir que a legislação penal brasileira correlacionou os conceitos de crime e loucura ao permitir que o próprio dispositivo legal viesse a tratar dessa questão em específico. Percebe-se então a importância para a legislação brasileira, de se tratar o "louco infrator" de uma maneira diferenciada dos demais indivíduos que cometem crime.

1.3 O surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil

Para entender o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil, é preciso estabelecer um paralelo histórico em relação ao nascimento dessa instituição no mundo.

A etimologia da palavra "manicômio" tem origem na junção das palavras gregas: "manía", que significa loucura, e "komêin", que significa cura. Logo, tendo em vista a natureza do significado da junção dessas duas palavras, conclui-se que um manicômio seria uma "cura para a loucura", isto é, uma instituição destinada a tratar aqueles que sofrem transtornos relacionados à loucura, ou seja, os transtornos mentais.

Nesta seara, têm-se duas vertentes que podem ser compreendidas nesse conceito de manicômio. Têm-se os Hospícios, Hospitais Psiquiátricos que possuem o escopo de tratar e eventualmente, se possível, encontrar uma cura para os que sofrem desse mal, e os manicômios judiciais, denominados atualmente Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, os quais tratam de lidar com os "loucos infratores", isto é, indivíduos que sofrem de transtorno mental, e em consequência deste, cometeram algum crime.

Data da história, que aproximadamente nos séculos XVI e XVII, haviam os denominados Hospitais e Santas Casas de Misericórdia, que tinham por escopo o acolhimento dos indivíduos loucos. As referidas instituições possuíam um caráter altruísta, nas quais os religiosos acolhiam, com a finalidade de oferecer-lhes conforto e diminuir seu sofrimento, aqueles que foram deixados à margem da sociedade, os doentes, pobres, ladrões, prostitutas e os loucos. Entretanto, além do caráter filantropo, essas instituições tinham por objetivo, também, reter todos aqueles que apresentavam alguma espécie de ameaça à lei ou à ordem pública.

Michel Foucault, em sua obra “História da loucura na idade clássica”, (1978, p.55) conota de maneira bem clara como era o perfil dessas instituições:

E sabido que o século XVII criou vastas **casas de internamento**; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das **cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias**; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. A partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que **os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento, e que um dia serão descobertos nas salas do Hospital Geral, nas celas das "casas de força"**; percebe-se também que estavam misturados com a população das Workhouses ou Zuchthusern. Mas nunca aconteceu de seu estatuto nelas ser claramente determinado, nem qual sentido tinha essa vizinhança que parecia atribuir uma mesma pátria aos pobres, aos desempregados, aos correccionários e aos insanos. E entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá — não nos esqueçamos — que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos "libertado". **A partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural.**

Apenas no final do século XVIII, sob égide dos princípios da Revolução Francesa e da Declaração dos Direitos do Homem nos EUA, que fora dada uma maior atenção aos casos de internações arbitrárias dos doentes mentais e seu confinamento em conjunto com os demais marginalizados pela sociedade da época. Foram descobertas também, práticas de tortura disfarçadas de tratamentos psiquiátricos sofridos por essas pessoas. Desse modo, deu-se início a um movimento de reforma em países como a França, Inglaterra e Estados Unidos, que da origem ao instituto do manicômio, que nada mais seria do que um espaço destinado ao tratamento dos loucos, excluídos da sociedade em razão do transtorno

sofrido, para que fossem reabilitados a conviver em um meio social, através de um tratamento psiquiátrico adequado.

Um dos preceitos mais importantes do manicômio em sua criação foi o da segregação, isto é, separar e isolar completamente os loucos dos “normais”, pois era essencial para a recuperação e efetividade do tratamento que o indivíduo que sofre de transtorno mental deixasse para trás o meio confuso e desordenado no qual vivia e integrar-se a um regime disciplinar fornecido pelo tratamento psiquiátrico das instituições, para que dessa lhe fosse resgatada à razão.

Seguindo esse princípio, foram criados os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, vulgarmente denominados manicômios judiciários, que seriam instituições destinadas a tratar do “louco infrator”, ou seja, o indivíduo que sofre de transtornos mentais, e em razão destes, comete um ou mais crimes, como dito anteriormente.

Não se pode confundir o louco infrator com um louco comum, daí vem a importância do princípio da segregação preceituado pelo instituto do manicômio, pois o infrator sofre de um tipo específico de loucura, aquele relacionado à prática de delitos. Sendo assim, o Manicômio Judiciário surge como a instituição que trata especificamente dos loucos infratores, para assegurar uma maior efetividade no tratamento do transtorno e para manter a segurança da sociedade uma vez que o louco infrator pode representar um perigo para ela.

Sergio Carrara, (1998 p.47-48) delimita muito bem essa função do Manicômio Judiciário:

A partir de minha experiência no MJ e da percepção da instituição que obtive através dela, a questão que me coloquei inicialmente foi a de saber como tal estrutura institucional teria emergido historicamente. Tal questão poderia ainda ser formulada de outro modo: **como, historicamente, surgiu a figura do louco-criminoso implicando o aparecimento de uma estrutura institucional especialmente voltada a seu “tratamento” ou contenção?** Porém, se aceitarmos (como eu mesmo aceito) que a “loucura” foi (e continua sendo) em grande medida uma linguagem amplamente utilizada em nossa sociedade para controlar, gerir e, em alguma medida, neutralizar comportamentos que transgridem suas normas, valores e regras, a questão acima colocada merece ainda um enunciado diferente, mais largo e abrangente. O

problema poderia ser colocado então da seguinte forma: **a partir de que relações significativas entre representações e práticas que se ocupam da transgressão às normas e valores sociais foi possível surgir a figura do louco-criminoso e a instituição que dele se ocupa?** Tal enunciado é mais satisfatório porque coloca em foco o que julgo ser fundamental para a compreensão do surgimento do manicômio judiciário, ou seja, a maneira como se constitui o significado social do crime ou da transgressão a partir dos diversos discursos e práticas que os tomaram enquanto objetos de reflexão e de intervenção particularmente do discurso e prática da medicina mental.

Historicamente, o manicômio judiciário surge na Inglaterra do século XVIII, em decorrência de uma tentativa de assassinato do Rei Jorge III. O indivíduo que havia tentado matar o rei foi considerado uma pessoa louca, e conseqüentemente irresponsável pelo crime. Sendo assim, ele foi absolvido e internado em uma ala especial do manicômio de Bedlem, a primeira instituição a acolher um louco infrator. Tendo sido criada essa seção especial para tratar loucos infratores, fora criado um precedente para outros hospícios em outras localidades adotarem a mesma medida.

Após esses acontecimentos, surge o primeiro projeto de um manicômio judiciário na Inglaterra, possuindo o nome de *Criminal Lunatic Asylum*. Ainda nesta seara, é promulgada uma lei, chamada *Insane offender's bill*, em meados do século XVIII, a qual previa que todos aqueles que tivessem cometido um delito em decorrência de um transtorno mental seriam absolvidos e internados em um manicômio por tempo determinado pelo próprio rei.

Entretanto, com o passar do tempo, a referida lei se revelou ineficaz e as estruturas existentes se demonstraram insuficientes para a satisfação das necessidades terapêuticas daqueles que foram internados, além das dificuldades de gestão que degradavam as condições de sobrevivência, tornando-as desumanas. Logo, para alguns autores que tratam do tema, o primeiro e verdadeiro "Manicômio Criminal de Estado" foi implementado no ano 1857 na paróquia de Sandhurst e em 1863 foi fundado o estabelecimento de Broadmoor, situado na periferia de Londres, considerado exemplar em razão da sua eficiência e funcionalidade.

Carrara (1998, p.48-49) também discorre sobre o aparecimento do primeiro manicômio judiciário na Europa:

Assim, pensei (e julgo, com acerto) que somente poderia entender a figura do **louco-criminoso** e a problemática dos manicômios judiciários se os recolocassem, ainda que limitadamente, no contexto da ampla discussão que, em fins do século XIX e início do século XX, se articulou em torno do crime e da transgressão. Esse momento histórico não somente assistiu ao aparecimento de um debate que, como veremos, interessava sobretudo à psiquiatria, ao direito, à antropologia criminal, à criminologia e à sociologia, mas também ao aparecimento mesmo das instituições destinadas aos loucos-criminosos. **Efetivamente, parece ter sido a Inglaterra o primeiro país a erigir um estabelecimento especial para os delinquentes alienados, a prisão especial de Broadmoor, em 1870. Antes dela, tanto a França quanto os Estados Unidos havia apenas designado anexos especiais a alguns presídios para a reclusão e tratamento dos delinquentes loucos ou dos condenados que enlouqueciam nas prisões.**

As instituições específicas destinadas a tratar dos “loucos infratores” surgiram no Brasil a partir da segunda década do século XX sendo vulgarmente conhecidas como manicômios judiciários. A sua origem se dá em razão de uma discussão acerca de qual seria o encaminhamento institucional adequado que deveriam possuir esses indivíduos que eram considerados “loucos criminosos”.

Carrara, em sua obra “Crime e Loucura o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século” (1998, p. 143-144) discorre sobre os primeiros traços da institucionalização do Manicômio Judiciário no Brasil:

A organização dessa assistência tinha como instituição central o velho **Hospício de Pedro II**, fundado em 1841 e, desde então, colocado sob a **administração da provedoria da Santa Casa de Misericórdia** e das **freiras católicas da Irmandade de São Vicente de Paulo**. (...)

O **conflito** entre o **poder laico e o poder religioso** teve como um de seus palcos o Hospício de Pedro II. Desde os anos 80 do século passado, a instituição vinha recebendo **críticas da parte de alguns médico brasileiros**. Entre eles destacou-se o **dr. J.C. Teixeira Brandão**, figura de proa na luta do alienismo nacional pela conquista do mandato social exclusivo sobre os alienados.

Assim, a atuação política de Teixeira Brandão se fez basicamente no sentido de uma **completa medicalização (leia-se psiquiatrização) e de um controle estatal mais efetivo dos serviços de assistência a alienados**. (...)

Tem-se que os primeiros registros de discussões acerca de uma instituição especializada para tratar os loucos datam de aproximadamente 1880, quando o médico J.C, Teixeira Brandão tomou a frente da luta pela reforma hospitalar no bojo dos indivíduos que cometiam crime sob influência de transtorno mental. Carrara (1988, p. 144-145), discorre sobre as críticas feitas por médicos à época, principalmente de Teixeira Brandão, que passa a assumir a direção do Hospício de Pedro II:

Para Teixeira Brandão, o poder das irmãs era excessivo, **colocando em segundo plano a figura do médico**. Para o ilustre alienista, esse desequilíbrio trazia para o centro de decisões do estabelecimento perspectivas e interesses de todo alheios à finalidade terapêutica, através da qual a instituição se definia. Aos seus olhos, com a presença das irmãs, **o Hospício se assemelhava mais a um convento do que a uma instituição de tratamento e cura**. Basicamente, as críticas se dirigiam ao **reduzido número de médicos**, à **ausência de separação dos doentes segundo as características de suas afecções** – com o **afastamento dos perigosos** – à **ausência de uma estrutura de produção de conhecimentos especializados** (arquivos clínicos, instrumentos de autópsia, microscópios, etc.) e, finalmente, à **inexistência de uma perspectiva terapêutica por parte dos enfermeiros** que, subordinados às irmãs e contando com a sua convivência, espancavam e agrediam os internos. (...)

A **alteração da hierarquia interna** de poderes no Hospício só encontra condições para ser realizada depois que **Teixeira Brandão assume, em 1887, a direção sanitária do estabelecimento**. Ao que parece, tendo como suporte o anticlericalismo característico dos primeiros governos republicanos, Brandão **conseguiu que as irmãs se retirassem do Hospício em 1890**. É em janeiro desse ano que se dá a **separação oficial entre o Hospício e a Santa Casa de Misericórdia** e a criação da **Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal** responsável pela administração do Hospício e das colônias da Ilha d Governador, também destinadas ao abrigo de alienados. A partir daí, instituição, que passara a se chamar Hospício Nacional de Alienados estreita suas relações com a Faculdade de Medicina e começa a se submetida a um processo de **redimensionamento dentro dos quadros da medicina mental do momento**.

Contudo, essa separação não foi o suficiente para sanar o problema, sendo necessária uma nova fragmentação no tratamento, específica e voltada para o “louco infrator”. De acordo com Carrara (1988, p.148), a nova discussão que havia surgido no bojo da saúde mental dessas pessoas se dava no sentido de segregar

aqueles que apresentassem um determinado grau de periculosidade aos outros internos:

Dizia respeito à impropriedade de se manter em um **mesmo estabelecimento uma certa classe de alienados**. A idéia central é de que “**loucos perigosos** ou que **estivessem envolvidos com a justiça ou polícia**” deveriam ser **separados dos alienados comuns**, constituindo-se em objeto institucional distinto:

*“Em primeiro lugar, diz o médico, devo informar-vos que o Hospício Nacional, estabelecimento destinado a alienado comum, não oferece a segurança necessária, nem tão pouco tem pessoal em número suficiente para asilar **alienados perigosos, alienados criminosos e condenados alienados**” (OP, 31/ 5/1896, p. 2, grifo meu).*

Dessa maneira, os “loucos infratores” passaram a ser encaminhados para as denominadas “Casas de Correção” ou recolhidos aos Asilos, que possuíam em seu interior alas especiais para o tratamento daqueles em conflito com a lei. Sendo assim, em 1903 fora promulgado um Decreto que obrigava os manicômios estaduais a criar seções especiais para os “loucos criminosos”. De acordo com o Parecer da PFDC (Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão) junto com o MPF (Ministério Público Federal) sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (2011, p.29-30):

No Brasil, a **criação oficial dos manicômios judiciários ocorreu em 22 de dezembro de 1903**, pelo Decreto nº 1.132/1903, como menciona Mamede (2006). Norma de importância fundamental para o presente estudo, pois, segundo Musse (2006, p. 61), sua finalidade era: **reorganizar o atendimento psiquiátrico dos doentes mentais, constituindo a primeira reforma psiquiátrica brasileira, no campo jurídico-legislativo, trazendo para o texto da lei transformações propostas na esfera medicocientífica.**

Nesse sentido, o art. 10 do referido decreto passou a **proibir o encarceramento conjunto de alienados e criminosos, determinando, ainda, o art. 11 a criação de manicômios judiciários ou criminais visando a garantir a separação entre loucos criminosos e criminosos, dispondo que na falta de manicômios deveriam ser asilados em instituição pública, em espaço a eles reservado.** (MUSSE, 2006, p. 67).

O primeiro manicômio judiciário, como instituição oficial, no Brasil e na América Latina, surge em 1921, tendo sido inaugurado no Rio de Janeiro em 30 de

maio, sendo atualmente conhecido como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, em homenagem ao médico psiquiatra Heitor Pereira Carrilho. Carrara, (1988, p.195) discorre da cerimônia de inauguração da instituição:

A 21 de abril de 1920 – dia que entre nós é dedicado à luta pela liberdade política – era lançada, nos fundos da Casa de Correção, na rua Frei Caneca, a **pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro**, que seria inaugurado em 30 de maio do ano seguinte. Cumpria-se assim, como expressou um “desvanecido” Juliano Moreira em seu discurso, “uma velha aspiração não só dos alienistas nacionais, mas ainda dos juristas e magistrados desse país, que de há muito viam conosco a inadiabilidade desta construção” (JC, 22/04/1920, p. 2). Das cerimônias participaram representantes do presidente Epitácio Pessoa, o ministro da Justiça, Alfredo Pinto, os médicos do Hospício, o chefe de polícia e ainda outras autoridades ligadas à Justiça e às penitenciárias. Sob aplausos, os discursos consonantes de médicos, juristas, policiais e administradores **anunciavam muito mais que o surgimento de mais uma outra instituição pública**. Anunciavam, primordialmente, a **emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária**. 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** (FOUCAULT, 1977).

No dia 25 do mesmo mês, fora promulgado o Decreto 15.831 que tratava do regulamento do Manicômio Judiciário:

O Manicômio Judiciário é uma **dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação**:
 I Dos **condenados** que achando-se **recolhidos às prisões federais**, apresentam **sintomas de loucura**.
 II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos a **observação especial ou tratamento**.
 III Dos delinquentes **isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental** (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a **segurança pública**.

Com o passar do tempo, a instituição do manicômio judiciário foi criada em outros estados da Federação ao longo do século XX, como, por exemplo, o Manicômio de Barbacena, em Minas Gerais, no ano de 1929, e o Manicômio Franco da Rocha em São Paulo no ano de 1933, que fora nomeado com referência a um dos psiquiatras que fomentou um sistema de manicômios judiciários para os “loucos criminosos”.

A criação do Manicômio Judiciário representa uma evolução no tratamento da saúde mental do “louco infrator”, eis que surge de uma reforma psiquiátrica necessária e construtiva para o desenvolvimento social do país.

2 PRINCIPAIS TRANSTORNOS APRESENTADOS POR PESSOAS EM CONFLITO COM A LEI EM MEDIDA DE SEGURANÇA

Conforme visto anteriormente, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos são instituições que abarcam indivíduos que cometeram um delito em face do transtorno mental sofrido.

Os transtornos mentais que influenciam as ações daqueles que o sofrem, também influenciam nos efeitos que estas ações causam a terceiros. Daí vem a intervenção do direito para resolver essa problemática, principalmente a atuação do Direito Penal.

Entretanto, sob a ótica da psicologia jurídica, que se preocupa em estudar a atuação desses transtornos nas ações do indivíduo, é importante se ter um panorama dos transtornos mentais mais frequentes apresentados regularmente pelo louco infrator.

Muitas vezes, o louco infrator é taxado vulgarmente como “psicótico” ou “psicopata”. Todavia, o universo dos transtornos mentais não se resume apenas a essas duas modalidades, sendo que existe uma grande variedade de transtornos, em algumas situações até cumulados atuando dentro de um mesmo indivíduo.

Cada um desses transtornos age de maneira única, e pode ser classificado de acordo com a conduta do agente, sendo que alguns são mais perigosos do que outros.

Neste capítulo, o objetivo será expor e analisar os principais transtornos mentais apresentados pelos que cumprem medida de segurança, mostrando com clareza suas principais características e como refletem nas ações do indivíduo que sofre dessa doença mental. Entretanto, o objetivo do presente capítulo é apresentar os transtornos mentais mais frequentes entre os loucos infratores que se encontram cumprindo medida de segurança nos HCTPs e Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs), de 19 estados brasileiros e do Distrito Federal, conforme o único censo realizado até então no país (ANIS, 2013) e analisar como estes podem interferir na

esfera jurídica, sendo que para informações mais detalhadas acerca dos transtornos é necessário remeter ao DSM e ao CID, que são os dois classificadores oficiais e internacionais de transtornos mentais.

2.1 Esquizofrenia

Conhecido também como Transtorno Esquizofreniforme, a pessoa que possui este transtorno pode sofrer sérios sintomas psíquicos como delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor desorganizado e anormal de maneira grosseira, inundações cognitivas, entre outros.

É considerado um transtorno mental comum em indivíduos que possuem conflito com a lei, justamente por tratar-se de condição mental grave e que pode vir a afetar profundamente o funcionamento mental do indivíduo, inabilitando-o a exercer sua capacidade de fato, e por consequência, seus direitos.

De acordo com Jorge Trindade, em seu “Manual de Psicologia Jurídica para Operadores do Direito”, (2014, p.141):

Existe a possibilidade de comportamento de risco para si e para os outros devido à desorganização geral do funcionamento mental. Conflitos interpessoais, comportamentos bizarros, agressão e violência podem conduzir a situações jurídicas, devendo o operador do Direito diferenciar o comportamento causado pela Esquizofrenia enquanto doença mental, uma vez que essa condição pode levar, ao tempo da ação ou da omissão, à incapacidade de compreender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, conforme previsto no art. 26 do Código Penal (...)

Dentre estes tipos, o mais relevante para o Direito é a Esquizofrenia Paranoide, devido à presença de delírios de perseguição. Essa condição pode conduzir a prática de delitos, pois o indivíduo ouve vozes de comando que determinam comportamentos, alguns deles eventualmente de natureza criminosa. (...)

Outra característica frequente é andar a esmo, sem rumo, geralmente acompanhado por uma fala desconexa em tom baixo e linguajar com tartamudeio. Reverberação, ecolalia, puerilismo, movimentos automáticos geralmente estão presentes na Esquizofrenia.

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (ANIS, 2013, p. 42), em 42% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam esse transtorno de esquizofrenia.

Desse total de pacientes com esquizofrenia: 51% cometeram crimes contra a vida; 23% cometeram crimes contra o patrimônio; 10% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 8% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

2.2 Retardo Mental/Déficit intelectual/Deficiência intelectual

Este transtorno é conhecido também como Transtorno de Neurodesenvolvimento. Implica em um manifesto prejuízo da inteligência, caracterizando um desenvolvimento incompleto da mente, reduzindo assim, para o portador, sua habilidade de resolver problemas.

Esse transtorno esta diretamente ligado ao Artigo 26 do Código Penal, que discorre da inimputabilidade do indivíduo:

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 criminoso do fato** ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (art. 26 do Código Penal de 1940).

Ou seja, o indivíduo que sofre desse transtorno e possui conflito com a legislação não sofrerá os efeitos da punição do Direito Penal, uma vez que de acordo com a lei este encontra-se isento de pena. Afinal, se o caráter punitivo da pena tem como objetivo reincluir o criminoso na sociedade, o cumprimento dessa pena em estabelecimento prisional comum está longe de ser uma solução efetiva para aqueles que sofrem do referido transtorno.

Esse transtorno está relacionado também QI do indivíduo, que conforme a severidade e o patamar em que se encontra o transtorno aumenta, menor é a sua quantidade.

Trindade, (2014 p.125) classifica este transtorno:

A par das considerações eminentemente clínicas deste transtorno, o Retardo Mental guardava relação com o Direito em vários aspectos, como, por exemplo, no que dizia respeito à **inimputabilidade e à culpabilidade diminuída** (art.26 do Código Penal), com as **condições associadas à delinquência** (adolescentes infratores, em regra, possuem Q.I. menor do que adolescentes não infratores, com fracasso de aprendizagem e expulsão da escola, violência, concretismo, etc.), assim como também no que respeitava à **capacidade do agente**. Tratando-se de um **transtorno cognitivo**, importava diretamente para do Direito quando se consideravam os requisitos da **capacidade de compreender** (cognitiva). Tais aspectos continuam a possuir importante significado no campo jurídico.

De acordo com o DSM-5 (2014, p.31), “a deficiência intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) caracteriza-se por **déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência**. Os déficits resultam em **prejuízos no funcionamento adaptativo**, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de **independência pessoal e de responsabilidade social** em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade.

Ainda Trindade (2014, p.130):

Desta forma, fica evidente que os operadores de Direito necessitam possuir conhecimentos elementares sobre a Deficiência Intelectual para poderem manejar com esta entidade psicológica em suas petições, defesas e arrazoados, assim como identificar a necessidade de requerer as avaliações pertinentes. Nas hipóteses do artigo 26 do Código Penal, trata-se de instaurar, de ofício ou por requerimento do Ministério Público ou da defesa, o Incidente de Insanidade Mental, previsto no art. 149 do Código de Processo Penal.

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (2013, p. 42), em 16% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam retardo mental ou deficiência intelectual.

Desse total de pacientes com retardo mental/déficit intelectual/deficiência intelectual: 36% cometeram crimes contra a vida; 29% cometeram crimes contra o patrimônio; 20% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 4% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

2.3 Transtornos mentais devidos ao uso do álcool e outras drogas

São transtornos que são desenvolvidos pelo uso das denominadas substâncias psicoativas, como álcool, cafeína, canabinóides, alucinógenos, sedativos, inalantes, estimulantes, entre outras substâncias que possam vir a agir no funcionamento da mente do indivíduo.

Esses transtornos interessam ao mundo jurídico, uma vez que o uso dessas substâncias, muitas vezes realizado de maneira ilícita, pode acarretar em severas consequências nas ações do portador desse transtorno. O Código Penal é claro, em seu artigo 28, em não excluir a imputabilidade penal do agente que estiver embriagado, entretanto:

Art. 28 - Não excluem a imputabilidade penal:

I - a emoção ou a paixão;

II - **a embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos.)**

§ 1º - **É isento de pena** o agente que, por **embriaguez completa**, proveniente de **caso fortuito ou força maior**, 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.

Tem-se a possibilidade de isentar o agente, se provado que fora embriagado em razão de caso fortuito e de força maior, da pena que o Código Penal prevê.

Já a lei n. 11.343/2006, conhecida como a “Lei sobre Drogas”, dispõe nos seus arts. 45 a 47:

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Art. 46. As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 47. Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei.

Entre os principais transtornos que podem ser desenvolvidos através do uso de substâncias psicoativas, tem-se a intoxicação aguda, que afeta a cognição e a consciência do indivíduo; Abuso de substância psicoativa; Síndrome de dependência; Estado de abstinência, entre outros.

Nesta seara, Trindade (2014, p.146-147) classifica:

Os transtornos relacionados a substâncias incluem desde transtornos pelo **consumo de álcool e drogas**, aos **efeitos colaterais de um medicamento e à exposição a toxinas**. No DSM-5 (2014), o termo "substância" pode referir-se ao álcool, drogas lícitas (tabaco) e ilícitas, a um medicamento ou a uma toxina. (...)

Isso, por si só, justifica que operadores do Direito procurem possuir **informações e conhecimentos sobre os transtornos mentais relacionados a substâncias**, nomeadamente aqueles que militam no campo do **Direito Penal, do Estatuto da Criança e do Adolescente e mesmo do Direito de Família**. Infelizmente, a questão das drogas tem sido referido como a maior fonte de lucro ilícito, devendo merecer atenção especial do Estado, das autoridades responsáveis por políticas públicas específicas, do Poder Judiciário e do Ministério Público.

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (2013, p. 42), em 11% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Desse total de pacientes que apresentam transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas: 31% cometeram crimes contra a vida; 42% cometeram crimes contra o patrimônio; 6% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 5% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

2.4 Transtornos de personalidade

Trata-se de um transtorno um tanto complexo e de difícil definição até mesmo para os conceitos psiquiátricos. Entretanto sua definição converge no sentido de considerar o Transtorno de Personalidade como principal agente na vida íntima do indivíduo, desenvolvendo uma personalidade um tanto característica neste.

É um transtorno de difícil definição porque se trata de um padrão variado de comportamentos, cada qual com sua característica específica. Tem-se os Transtornos de Personalidade Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica, Antissocial, *Borderline*, Histriônica, Narcisista, Evitativa, Dependente, Obsessivo-Compulsiva e Não Especificado.

Não será adentrado nessa pesquisa às análises de cada um dos tipos de Transtorno da Personalidade, entretanto é importante ressaltar que esse é um dos transtornos que mais repercute no mundo jurídico em relação ao “louco infrator”, pois, as ações do indivíduo infrator condicionadas pelos critérios comportamentais desse transtorno pode, por vezes, justificar determinada conduta delituosa. Muitas vezes, os operadores do Direito que trabalham com a psicologia jurídica, confundem os transtornos de personalidade antissocial com a psicopatia.

Conforme explica Trindade (2014, p.163):

O Transtorno da Personalidade é um **padrão persistente de vivência íntima ou comportamento** que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo; é uma **incidência invasiva e inflexível**. Tem seu início na adolescência ou começo da idade adulta; é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento psíquico ou prejuízo ao funcionamento da personalidade.

Ainda de acordo com Trindade (2014, p.173):

Na prática forense diária, ainda é comum tratar o **transtorno de personalidade antissocial e a psicopatia como sinônimos**. Entretanto, **são dois conceitos diferentes**. A distinção está baseada no tipo de abordagem da avaliação. O diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial é baseado predominantemente em **critérios comportamentais**, enquanto o diagnóstico de psicopatia está mais relacionado aos **traços de personalidade**, geralmente avaliados através de um instrumento, questionário ou *checklist* (*Revised Psychopaths Checklist*).

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (2013, p. 42), em 5% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam transtornos de personalidade.

Desse total de pacientes que apresentam transtorno de personalidade: 38% cometeram crimes contra a vida; 29% cometeram crimes contra o patrimônio; 14% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 5% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

2.5 Epilepsia

O Transtorno de Epilepsia pode ser considerado como um grupo de transtornos neurológicos que consistem em ataques de duração e intensidade variável. O indivíduo que sofre desse transtorno pode apresentar desde variáveis episódios de pequena duração e imperceptíveis até demorados períodos de agitação intensa.

Durante muito tempo, a Epilepsia foi, e em alguns lugares ainda é, tratada como transtorno mental, apesar de neurológico, conforme destaca o “Relatório sobre a Saúde no Mundo”, da Organização Mundial de Saúde, que no ano de 2001 dedicou-se à “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança” (2002, p.21):

A epilepsia, embora seja uma perturbação **claramente neurológica**, é também incluída por ter sido **historicamente encarada como doença mental e ser ainda considerada como tal em muitas sociedades**. Assim como os portadores de perturbação mental, os epiléticos são

estigmatizados e sofrem também de incapacidade grave, quando não são tratados.

Em razão da Epilepsia ser um agravo de saúde que age diretamente na capacidade mental do indivíduo e que também pode se apresentar associado a um transtorno mental (comorbidade), tem-se, mesmo que raramente, um certo grau de relevância no mundo jurídico, conforme os precedentes a seguir:

RECURSO CRIME EX OFFICIO. RÉU **PORTADOR DE DOENÇA MENTAL (EPILEPSIA)**. PRÁTICA DE **FATO DEFINIDO COMO CRIME DE HOMICÍDIO SIMPLES** (ART. 121, CAPUT, DO CÓDIGO PENAL). INIMPUTABILIDADE. ABSOLVIÇÃO SUMÁRIA. APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO DO ESTADO. SENTENÇA MANTIDA EM SEDE DE REEXAME NECESSÁRIO. - Sendo manifesta a inimputabilidade do réu (art. 26, do Código Penal) constatada por laudo de exame psiquiátrico, correta a decisão que o absolve sumariamente, com fundamento no art. 411, do Código de Processo Penal, aplicando-lhe, contudo, **medida de segurança, consistente em internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.**

(TJ-PR - RC: 3564074 PR 0356407-4, Relator: Jesus Sarrão, Data de Julgamento: 16/11/2006, 1ª Câmara Criminal, Data de Publicação: DJ: 7286)

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (2013, p. 42), em 3% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam Epilepsia.

Desse total de pacientes que apresentam epilepsia: 56% cometeram crimes contra a vida; 15% cometeram crimes contra o patrimônio; 10% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 11% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

2.6 Transtornos mentais orgânicos

Conhecidos também como Transtornos Neurocognitivos, ou simplesmente “demências” são síndromes decorrentes doença cerebral crônica, na qual há uma considerável perturbação constante de múltiplas funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo , e capacidade de linguagem, aprendizado e julgamento.

Em razão do déficit cognitivo, a capacidade mental do indivíduo que sofre de alguma demência fica comprometida e sofre um extremo prejuízo, deixando-o completamente longe do âmbito de compreender suas ações no meio social, podendo inclusive vir a cometer um crime em razão deste estado.

Daí surge a repercussão no mundo jurídico, pois de acordo com Trindade (2014, p.160):

Um diagnóstico de demência pressupõe que os sintomas resultem em um **comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional e represente um declínio importante em relação ao patamar anterior do sujeito.**

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (2013, p. 42), em 2% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam transtornos mentais orgânicos.

Desse total de pacientes que apresentam transtornos mentais orgânicos: 44% cometeram crimes contra a vida; 20% cometeram crimes contra o patrimônio; 14% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 4% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

2.7 Transtornos de preferência sexual

Este talvez seja o grupo mais abrangente de transtornos que causem uma repercussão significativa no mundo jurídico. Os transtornos sexuais compreendem as chamadas parafilias, que nada mais são do que anseios, fantasias ou comportamentos recorrentes e intensos envolvendo objetos, atividades ou situações incomuns, que causem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social e ocupacional do indivíduo.

Entre os transtornos parafílicos temos *voyeurismo*, exibicionismo, masoquismo e sadismo sexual, pedofílico, fetichista, entre outros.

Esse transtorno possui uma grande repercussão no mundo jurídico, principalmente relacionada ao transtorno de pedofilia (preferência sexual por crianças). Pedófilos são uma classe comum de criminosos, e o transtorno parafílico que sofrem são a causa principal das suas ações criminosas.

Conforme diz Trindade (2014, p.153):

Os Transtornos Sexuais podem ter amplos reflexos Direito, designadamente no Direito Penal. Considerando os objetivos específicos deste Manual de Psicologia Jurídica para Operadores do Direito, importa destacar as denominadas **Parafilias**, sendo de chamar atenção para a **Pedofilia em face da gravidade de que se reveste este transtorno nos dias de hoje**, especialmente devido às facilidades de comunicação instantânea, de anonimato, e de poder atingir um sem-número de participantes em diferentes locais e países, proporcionado pelo uso criminoso da *Internet*.

Ainda nos dizeres de Trindade (2014, p.158):

Cumpramos ressaltar as **consequências jurídicas que esses Transtornos podem causar, uma vez que as condutas descritas neste Capítulo encontram diversas tipificações no Código Penal e no Estatuto da Criança e do Adolescente**, dando ensejo a procedimentos policiais e judiciais, sendo de atribuir especial atenção quando **envolvem crianças**

e adolescentes ou pessoas portadoras de vulnerabilidade, as quais, por uma ou outra razão, estão permanente ou temporariamente incapacitadas para expressar consentimento, de forma real ou presumida.

Estima-se, de acordo com o Censo 2011 (2013, p. 42), em 1% dos casos de Medida de Segurança nos HCTPs são de pacientes que apresentam transtornos sexuais.

Desse total de pacientes que apresentam transtornos de preferência sexual: 3% cometeram crimes contra a vida; 94% cometeram crimes contra a dignidade sexual e 3% cometeram lesões corporais. (ANIS, 2013, p. 50-1).

Diante do que fora trazido à baila, é possível afirmar, que mesmo em um grande universo de transtornos mentais, os elencados neste capítulo, conforme os dados que foram colhidos pelo Censo 2011 (2013), são os mais comuns de serem encontrados em internos que cumprem Medida de Segurança nos Manicômios Judiciários hoje.

3 DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO AO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO: A FUNÇÃO JURÍDICO-SOCIAL DO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO NA CONTEMPORANEIDADE

A tese que será desenvolvida neste capítulo será a da função jurídica do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil contemporâneo. Estes estabelecimentos surgiram com o intuito de recuperar e tratar o “louco infrator”, mas muitas vezes são tratados e utilizados como presídios de segurança para isolar o “louco infrator” da sociedade em razão de sua “periculosidade”.

Logo, tem-se um dilema, pois o HCTP é uma instituição que se ocupa de tratar do transtorno que afeta o “louco infrator”, reinseri-lo na sociedade ou puni-lo pelo seu crime? Este capítulo visa esclarecer esse dilema acerca de uma análise dos Manicômios Judiciários em funcionamento no país, e também dos programas especiais de ressocialização.

Busca-se também, entender qual o sentido do termo “periculosidade” e porque é tão importante levar em consideração essa circunstância ao sopesar a necessidade de aplicação de uma Medida de Segurança.

Serão abordados também neste capítulo, as principais problemáticas acerca do funcionamento dos HCTPs no nosso país, tais quais problemas de gestão, desvio de finalidades, entre outras práticas que desvirtuam o principal objetivo do instituto que é o de ressocializar o “louco infrator”.

3.1 Tratar, punir ou ressocializar?

Os HCTPs são instituições que apresentam um grau de ambiguidade da sua função. Neste sentido, completa Sergio Carrara em sua obra “Crime e Loucura o aparecimento do Manicômio Judiciário na passagem do século” (1988, p. 28):

Assim, a despeito de infinitas nuances, continuamos a distinguir claramente os atos desviantes que seriam frutos da **loucura** dos atos desviantes que seriam fruto da **delinqüência** e os apreendemos através de conjuntos de representações que se opõem em relação ao estatuto de **sujeito responsável** que atribuem ou não aos transgressores. Frente a tais representações, o MJ, instituição destinada a **loucos-criminosos**, não deixa de parecer fundado sobre uma **contradição**. De fato, através de minha experiência em campo, foi possível perceber que a instituição apresenta a **ambivalência** como marca distintiva e a **ambigüidade** como espécie (se os psiquiatras me permitem o uso da expressão) de **“defeito constitucional”**. Através da legislação e do tratamento dispensado aos loucos-criminosos, foi possível ainda perceber que essa ambivalência poderia ser detectada em vários níveis. Uma linha, a um só tempo lógica e sociológica, parece atravessar toda a instituição, marcando desde a legislação que a suporta até a identidade auto-atribuída dos internos e das equipes de profissionais encarregadas do estabelecimento.

Esta ambiguidade se dá em razão da função tríplice e contraditória que desempenham os Manicômios Judiciários, que seria a de recuperar o “louco infrator”, através de um tratamento médico e especializado no transtorno que é o agente causador; Reinsere o “louco infrator” na sociedade como é, em tese, realizada a ressocialização do criminoso comum no meio social; E, por fim, punir o “louco infrator” como se pune um criminoso comum pela prática de um delito.

Tem-se como a finalidade principal dos HCTPs, o tratamento da pessoa que possui transtorno mental e está em conflito com a lei, entretanto o desvio dessa finalidade começa quando o termo “periculosidade” passa a ser adotado para se proceder a análise das Medidas de Segurança.

Para Luigi Ferrajoli, em sua obra “Direito e Razão: Teoria do Garantismo Penal” (2010, p.718), a Medida de Segurança nada mais é do que uma medida preventiva, destinada a isolar o “louco infrator” do meio social em razão do seu grau de periculosidade, de maneira a realizar o tratamento do transtorno mental:

É certo que a maior contribuição à introdução das medidas de segurança no nosso ordenamento (*leia-se: ordenamento italiano*), ou quanto menos a sua legitimação ideológica, foi um legado da “Escola Positiva”, ou antropológica do direito penal, que, como se viu, **substituiu a categoria da responsabilidade por aquela da periculosidade**, e concebeu o crime como **“um sintoma” de patologia psicossomática**, devendo enquanto ser **tratado e prevenido** mais do que **reprimido, por medidas pedagógicas e terapêuticas** destinadas a neutralizar as causas exógenas.

Para ter-se uma visão mais ampla de como esse instituto repercute no isolamento do “louco infrator”, é necessário trazer à baila o conceito de periculosidade.

Para Bruno (*apud* ISAAC, 2013, p.25), a periculosidade é um estado de grave desajustamento do homem às normas de convivência social. Mais adiante, o autor afirma que se trata de um juízo de probabilidade, “necessariamente sujeito a erro”.

Para Francisco Bissoli Filho, em sua obra “Estigmas da Criminalização: dos antecedentes à reincidência criminal” (1988, p.169):

(...) a teoria da periculosidade restou tributária quase que exclusivamente de construções dogmáticas. O conceito de **personalidade perigosa**, produzido unicamente pela Dogmática Penal, **é vago, confuso e caracterizado pela subjetividade**.

Mesmo assim, a periculosidade não é algo que pode ser presumido, necessitando-se da devida comprovação, conforme explica Leonardo Isaac (2013, p. 26):

A periculosidade **não pode** nem deve ser **simplesmente presumida**, mas plenamente **comprovada**. Sua apreciação, no dizer de Casabona (1986), implica **juízo naturalístico** (não ético, não moral ou não de valor), cálculo de probabilidade, que se desdobra em dois momentos, derivados de sua própria definição: a **comprovação da qualidade sintomática de perigo** (diagnóstico de periculosidade), por um lado, e a **comprovação da relação entre tal qualidade e o futuro criminal do agente** (prognose criminal).

Entretanto, tem-se aqui uma outra lacuna no instituto dos HCTPs, pois resta a decidir quem seria a mais adequada autoridade a exercer esse “juízo

naturalístico”, se seriam os Juízes Togados, ou se seriam os médicos psiquiatras ou, ainda, equipes interdisciplinares, formadas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.

O Parecer da PFDC e do MPF (2011, p. 35-36) faz uma referência à esta flagrante problemática:

As **contradições lógicas do MJ/HCTP** e da Medida de Segurança apresentam-se, primeiramente, na **posição do perito psiquiatra em relação ao juiz que atua no feito e do perito psiquiatra em relação aos demais membros da equipe psicossocial**. O **juiz não tem a obrigação** de acolher o **laudo**, no todo ou em parte, emitido pelo perito, quando o caso envolve alguma **dúvida sobre a “sanidade mental”** do acusado ou do condenado ou, ainda, sobre a **cessação da periculosidade da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei**.

Com o estabelecimento e desenvolvimento do estatuto do Manicômio Judiciário (MJ) estabelece-se uma **relação singular do médico psiquiatra forense com o poder judiciário**. O psiquiatra na sua prática no MJ assume, entre outras, as **tarefas de apurar as condições mentais duvidosas dos sentenciados**, as suspeitas de simulação, promover o tratamento planejado dos temíveis, incorrigíveis, considerados de alta periculosidade. Mais que isso, o **MJ torna-se fundamental para as decisões judiciais**, a partir da perícia médico-legal, que instrui o livre julgamento do Juiz. **Os procedimentos assistenciais são de importância crucial para a finalidade da cessação da periculosidade, que pode ser estabelecida por critério da perícia médico-legal e novamente instruir o livre julgamento do juiz**. Os critérios técnicos do médico não são retirados, mas passam a subordinar-se a princípios legais normativos. O MJ passa a exercer um papel preponderante na política criminal, vindo a funcionar como organismo técnico, científico, assistencial e de defesa social. (OLIVEIRA, 2011, lidos no original).

As decisões judiciais de internação, incidente de insanidade mental e até mesmo da cessação de periculosidade partem de um Juiz de Direito que possui um vasto conhecimento jurídico e da legislação. Entretanto, a função do médico e dos peritos é justamente influir no livre convencimento do juiz, através de laudos, exames e análises pautadas em seu conhecimento psiquiátrico forense acerca da matéria.

O Juiz de Direito possui poderes plenos acerca da aplicação da Medida de Segurança ao “louco infrator”, inclusive da chamada “desinternação” de um

paciente que tenha tido reconhecida a cessação de periculosidade. De acordo com o Censo 2011 (2013, p.30):

A medida de segurança se estende **até que a periculosidade do indivíduo seja considerada cessada por perícia psiquiátrica**. Após declarada a cessação da periculosidade, a pessoa internada em medida de segurança recebe a **sentença de desinternação condicional**. A desinternação condicional tem o **prazo de doze meses** e, após esse período, caso não haja intercorrência que leve o indivíduo à reinternação em ECTP, a **medida de segurança é considerada extinta**. Em algumas unidades, há a concessão da alta progressiva ou desinternação progressiva, um benefício judicial às pessoas internadas em medida de segurança. A alta progressiva ou desinternação progressiva tem o objetivo de permitir a reinserção social das pessoas internadas em medida de segurança na comunidade, na família e no convívio social em geral.

É aí que se torna fundamental o papel do perito médico e dos operadores do direito na análise científica acerca da aplicação da Medida de Segurança. Pois, é através de seu parecer que surge o convencimento do Juiz para tomar uma decisão judicial que se adegue ao caso concreto.

O Censo 2011 (2013, p.19-20) estabelece uma divisão entre os internos que integram os quadros dos HCTPs:

A população pode ser dividida em **três grupos**: 1. indivíduos em situação **de internação temporária** (aguardando laudo de sanidade mental, com laudo de sanidade mental aguardando decisão judicial para o andamento processual, transferido de presídio ou penitenciária para realizar tratamento psiquiátrico por doença superveniente), 2. indivíduos **em medida de segurança** e 3. indivíduos em medida de segurança resultante da **conversão de uma sentença comum de restrição de liberdade**.

Um dos maiores problemas que acabam obstruindo o real objetivo dos HCTPs é o fato de não ter-se estabelecido um prazo máximo de internação para os “loucos infratores” que cumprem Medida de Segurança. Este é um fator que atrapalha, pois além de superlotar as alas de tratamento psiquiátrico, muitas vezes não oferece o tratamento adequado e efetivo que o paciente internado necessita, fazendo com que este passe muitos anos de sua vida ou até mesmo o resto dela

cumprindo a Medida de Segurança. *decisão do STF sobre o tempo máximo de internação*

Para o mestre em Direito Penal, Eugênio Raul Zaffaroni, em sua obra “Manual de Direito Penal Brasileiro” (2006, p.731), este é um problema muito preocupante acerca das Medidas de Segurança:

A forma penal desta coerção **compromete grandemente a liberdade das pessoas** a ela submetidas. Preocupa, sobremaneira, a **circunstância de não terem as “medidas” um limite fixado na lei e ser a sua duração indeterminada**, podendo o arbítrio dos peritos e juízes **decidir acerca da liberdade** de pessoas que, doentes mentais ou estigmatizadas como tais, sofrem **privações de direitos, ainda maiores do que aquelas que são submetidas às penas**. O problema não é simples, e a pouca atenção que geralmente se dá às medidas de segurança, do ponto de vista dogmático, torna-a bastante perigosa para as garantias individuais.

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal decidiu no julgamento do RE 628.646/DF, em estabelecer um prazo máximo de 30 anos para cumprimento de Medida de Segurança:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E PENAL. **MEDIDA DE SEGURANÇA**. NATUREZA PUNITIVA. **DURAÇÃO MÁXIMA DE 30 ANOS**. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL ÀS PENAS PERPÉTUAS. JULGADO RECORRIDO EM DESARMONIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. RECURSO PROVIDO.Relatório 1. Recurso extraordinário interposto com base no art. 102, inc. III, alínea a, da Constituição da República contra o seguinte julgado do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios:“PENAL. TENTATIVA DE ESTUPRO. AUTORIA. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO. PRAZO INDETERMINADO. PERICULOSIDADE DO AGENTE.Conjunto probatório, composto pela palavra da vítima corroborada por outras provas orais, confirmando a autoria.A própria lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, que está condicionada à cessação da periculosidade do agente. **Também não há previsão legal relacionando a duração da medida com a pena privativa de liberdade que seria imposta ao autor do fato se imputável fosse**. Aliás, o prazo máximo de 30 anos para o cumprimento da pena previsto constitucionalmente não se aplica à medida de segurança, que não é pena, sendo certo que poderá ocorrer o prolongamento indefinido da internação até que se constate, por perícia médica, a cessação da periculosidade.Apelo desprovido” (fl. 291).2. O Recorrente afirma que o Tribunal a quo teria contrariado o

art. 5º, inc. XXXIX e XLVII, da Constituição da República. Alega que “os artigos 75 e 97 do Código penal devem ser interpretados no sentido de se resguardar a **vedação da pena de caráter perpétuo**” (fl. 305). Assevera que “a decisão impugnada merece ser reformada, no sentido de se limitar a medida de segurança” (fl. 305). Apreciada a matéria trazida na espécie, DECIDO. 3. Razão jurídica assiste ao Recorrente. 4. **O Supremo Tribunal Federal firmou o entendimento de que a medida de segurança tem natureza punitiva, razão pela qual a ela se aplicam o instituto da prescrição e o tempo máximo de duração de 30 anos, esse último decorrente da vedação constitucional às penas perpétuas.** Nesse sentido: “MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve **fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas.** A medida de segurança fica jungida ao **período máximo de trinta anos**” (HC 84.219, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, DJ 23.9.2005 – grifos nossos). “AÇÃO PENAL. Réu inimputável. Imposição de medida de segurança. Prazo indeterminado. Cumprimento que dura há vinte e sete anos. Prescrição. Não ocorrência. Precedente. Caso, porém, de desinternação progressiva. Melhora do quadro psiquiátrico do paciente. HC concedido, em parte, para esse fim, com observação sobre indulto. 1. A prescrição de medida de segurança deve calculada pelo máximo da pena cominada ao delito atribuído ao paciente, interrompendo-se-lhe o prazo com o início do seu cumprimento. 2. **A medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos.** 3. A melhora do quadro psiquiátrico do paciente autoriza o juízo de execução a determinar procedimento de desinternação progressiva, em regime de semi-internação” (HC 97.621, Rel. Min. Cezar Peluso, Segunda Turma, DJe 26.6.2009 – grifos nossos). “PENAL. EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA. EXTINÇÃO DA MEDIDA, TODAVIA, NOS TERMOS DO ART. 75 DO CP. PERICULOSIDADE DO PACIENTE SUBSISTENTE. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, NOS TERMOS DA LEI 10.261/01. WRIT CONCEDIDO EM PARTE. I - Não há falar em extinção da punibilidade pela prescrição da medida de segurança uma vez que a internação do paciente interrompeu o curso do prazo prescricional (art. 117, V, do Código Penal). II - **Esta Corte, todavia, já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos.** Precedente. III - Laudo psicológico que, no entanto, reconheceu a permanência da periculosidade do paciente, embora atenuada, o que torna cabível, no caso, a imposição de medida terapêutica em hospital psiquiátrico próprio. IV - Ordem concedida em parte para extinguir a medida de segurança, determinando-se a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.261/01, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente” (HC 98.360, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, DJe 23.10.2009 – grifos nossos). Dessa orientação jurisprudencial divergiu o julgado recorrido. 5.

Pelo exposto, dou provimento ao recurso extraordinário (art. 21, § 2º, do Regimento Interno do Supremo Tribunal Federal), **para fixar em 30 anos a duração máxima da medida de segurança imposta ao Recorrente**. Publique-se. Brasília, 26 de agosto de 2010. Ministra
CÁRMEN LÚCIA Relatora

(STF - RE: 628646 DF, Relator: Min. CÁRMEN LÚCIA, Data de Julgamento: 26/08/2010, Data de Publicação: DJe-166 DIVULG 06/09/2010 PUBLIC 08/09/2010)

Conforme pode se extrair do presente julgado, a própria Corte Suprema se posicionou, em diversos precedentes, no sentido de que o prazo máximo do cumprimento da Medida de Segurança se dá em 30 anos. Entretanto, na grande maioria das vezes, não é isso o que acontece, fazendo com que o problema perdure enquanto não se aplicar essa lógica.

Cabe ressaltar também que recentemente a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro recorreu à ONU para que fossem extintos os manicômios judiciários. Tem-se, de acordo com as razões da Defensoria, que as pessoas que sofrem de transtorno mental e cumprem Medida de Segurança nos HCTPs do Rio de Janeiro estão internadas há mais tempo do que ficariam presas se fossem penalmente responsáveis pelos seus crimes.

Tem-se que é um tema de repercussão internacional, porquanto requereu a intervenção da ONU para que fosse sanado esse problema.

Dentre esse, existem uma série de problemas que os Manicômios Judiciais enfrentam, como por exemplo os apontados por meio do Relatório Brasil 2015: inspeções aos manicômios, fruto de uma parceria entre o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (2015, p. 16):

O hercúleo trabalho realizado pelos Conselhos Regionais ao inspecionar os manicômios judiciais de **17 (dezessete) Unidades da Federação e do Distrito Federal**, chama-nos a atenção, dentre os diversos quadros trágicos, por alguns pontos que passam rotineiramente despercebidos pela maioria da população.

Dentre esses pontos temos:

a) Inexistência de advogados nas mais variadas regiões

A ausência dos serviços auxiliares de um advogado nas regiões determinadas caracteriza um flagrante problema, principalmente para pessoas que sofrem de transtorno mental, pois a falta de assistência judiciária necessária acaba por prejudicar os direitos dessas pessoas que muitas vezes são violados. De acordo com o Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.16):

Chama-se a combativa Ordem dos Advogados do Brasil para tentar colocar um ponto final a isso. Se é verdade, e é, que **o advogado é indispensável à administração da Justiça (Constituição da República Federativa do Brasil, art. 133), podemos dizer que na segregação manicomial inexista justiça, à míngua de advogados que possam zelar pelos presos/pacientes judiciários.** Em um equipamento no qual se reúnem o pior da segregação, com o pior do estigma, **de todo o universo pesquisado, em apenas três deles (Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul) temos a presença de um advogado no universo das 18 (dezoito) unidades inspecionadas nos estados.** Logo, torna-se ainda mais difícil para o chamado louco infrator o vetor de saída do sistema prisional/manicomial se não se pode contar com o acesso à justiça.

b) Baixo número de profissionais da Psicologia

É essencial o acompanhamento psiquiátrico e psicólogo do indivíduo que encontra-se em cumprimento de Medida de Segurança, pois só o profissional da saúde é que pode lançar uma visão técnica acerca do problema que permeia as circunstâncias das ações do “louco infrator”. Um problema que os manicômios judiciários vem enfrentando é o reduzido número de psicólogos em atuação nesses estabelecimentos. De acordo com o Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.16):

Pouquíssimos são os psicólogos, tanto em números absolutos (45 no total, contabilizando-se as 18 unidades inspecionadas), quanto em percentual frente ao total de trabalhadores, o que deve fazer acender uma luz de alerta no Conselho Federal e sua Comissão de Orientação e Fiscalização, uma vez que na unidade em que há a menor relação psicólogo/paciente, temos **um profissional da psicologia para cada 21 presos/pacientes e, na maior relação temos, inacreditáveis 104 presos/pacientes por profissional da psicologia.** Esse fato inviabiliza

uma escuta e um cuidado minimamente decentes. Há casos de psicólogos trabalhando por meio do “sintomático” contrato verbal, nada por escrito (CRP-15) e, noutros (CRP-16), o cargo de psicólogo é comissionado – livre nomeação e exoneração – em todas as unidades prisionais do Estado. A Secretaria de Justiça nunca promoveu concurso para essa função. Até mesmo psicóloga concursada como agente penitenciária, com desvio de função.

c) O uso de celas e a superlotação dos HCTPs

Esse problema se assemelha ao do sistema carcerário, no que tange à superlotação dos alojamentos nos manicômios judiciários. Essa superlotação extrapola a capacidade de recolhimento dos indivíduos que se encontram cumprindo Medida de Segurança, pois submete-os à condições de tratamento quase tão desumanas quanto as do sistema prisional. Outro problema também é o uso de celas para recolher o paciente em cumprimento de Medida de Segurança, ora, se a função do HCTP é tratar e recuperar a saúde mental do “louco infrator”, então porque são recolhidos em celas e não em quartos especializados como os de hospitais comuns? Nesse sentido, diz o Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.16):

Encontrou-se um total, nas 18 unidades pesquisadas, de 2.864 presos/pacientes, sendo que **61,11% destes estão em celas**. Em sete, dos dezessete manicômios pesquisados, há **superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%**. Foi-se o tempo em que, nos manicômios, não havia superlotação. Seguem não havendo motins ou rebeliões, sinal de que a medicação de contenção tem funcionado...

d) A prevalência de profissionais da área de segurança em detrimento dos profissionais da saúde

Este é um problema que coloca em evidência a verdadeira função do HCTP, pois se o objetivo é tratar e recuperar a saúde mental do “louco infrator” é mais importante que o número de profissionais da saúde seja superior ao número de agentes de segurança. A função de ambos possui relevância nesse âmbito, pois os internos dos HCTPs possuem um certo grau de periculosidade, sendo necessária que se faça a segurança do local. Entretanto, mais importante do que a segurança é

o tratamento psiquiátrico que só pode ser oferecido por profissionais da saúde. Conforme consta no Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.17):

O número total de trabalhadores, nas unidades pesquisadas, é igual a 1.131, sendo a eles acrescidos 611 agentes de segurança, ou mais da metade de todos os demais trabalhadores. Pode-se inferir, pois, **não se tratar de unidades de saúde, mas de contenção prisional** onde se fornece uma ou outra droga medicamentosa. Há casos (CRP-16) em que uma perícia para determinação de sanidade mental demora mais de dois anos para ser realizada, em desacordo com todas as normas processuais penais atinentes, sem falar nos princípios constitucionais do devido processo legal e da defesa ampla. Apenas duas unidades, nas áreas do CRP-12 e CRP-14 permitem o contato entre gêneros. Regra geral: as acomodações/celas são coletivas, existindo (CRP-5) acomodações individuais, que, segundo informações da administração, são utilizadas em casos de tentativa de autoextermínio, brigas ou crises/surtos (sic). Foi apurado durante a inspeção que podem estar sendo usadas também como celas de “castigo”. O CRP-10 relata casos de isolamento para pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV +) e também para pedófilos em uma espécie de “seguro”, muito comum nas unidades prisionais que não cuidam de loucos infratores. O CRP-19 aponta ainda para a existência de celas individuais nos casos que envolvem ex-policiais ou “elementos de alta periculosidade”, o que diabos lá seja isso, vez que a periculosidade é um conceito indefinido e indefinível.

e) Precariedade da estrutura física dos HCTPs

A precariedade da infraestrutura física dos HCTPs é um problema preocupante, pois suas instalações não cuidam de oferecer nem mesmo as condições mínimas de higiene e saneamento básico, caracterizando um tratamento completamente desumano e cruel. Esse tratamento fica bem evidente no Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.17):

Quanto à **estrutura física** podemos fazer um resumo em apenas uma palavra: **precariedade. Chuveiros insuficientes e com apenas água fria**, os presos/pacientes **não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros**.

As celas de isolamento **possuem um vaso sanitário**, mas **sem válvula de descarga**. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), **regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias)**. Além das **péssimas condições de limpeza** (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o **cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas**, **não há equipe específica para limpeza**, os banheiros e alojamentos

são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica.

f) Falta de registro em prontuário e de projeto terapêutico individual

A deficiência da gestão é um problema recorrente, pois não há controle da entrada e saída dos pacientes nos HCTPs, tampouco um atendimento diferenciado e individual para cada um dos internos. Uma vez que os registros em prontuário são inexistentes, não há controle de nada, nem mesmo do tratamento a ser realizado. De acordo com Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.18):

Constatou-se que os registros em prontuário são praticamente inexistentes, excetuando-se fatos pontuais. A prática diária é registrada em livro ata de passagem de plantão. Muitos prontuários sequer têm os dados completos dos usuários. Os presos/pacientes são atendidos através da grade, com pouquíssima ou nenhuma frequência. Não têm conhecimento de seu plano terapêutico, nem tampouco qual a previsão de saída da unidade.

g) A manutenção do paciente mesmo com sua periculosidade cessada e a dificuldade no tratamento.

A causa geradora da superlotação nos HCTPs é a manutenção de muitos dos pacientes mesmo com sua periculosidade cessada através de laudo pericial elaborado por profissionais da saúde. Além disso, há relatos de profissionais da saúde que atendem nos HCTPs, apontando uma série de problemas na infraestrutura das instituições que dificultam o atendimento e o tratamento dos pacientes. Essa precariedade é muito bem evidenciada no Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2015, p.18-19):

Causa espanto a grande quantidade de pacientes/presos com laudo de periculosidade positivo para sua cessação, mesmo diante de ausência de informação em número significativo (sete, em dezessete, ou mais de 41%). É que o laudo que aponta a cessação de periculosidade deveria imantar, necessariamente, o “alvará de soltura” da alta asilar.

Considera-se grave ainda que os psicólogos apareçam apenas em cinco juntas periciais. Mesmo se se considera que a ausência de informação a este respeito é significativa (nove em 17, ou mais de 52% dos casos); é preocupante a **ausência de psicólogos nas juntas periciais**, igualmente, a inexistência, em 100% dos casos dos exames, de um advogado.

Apenas a inspeção do CRP-12 informa que os psicólogos e demais membros da equipe de saúde participam do processo de elaboração de laudos de cessação da periculosidade.

Importante ressaltar que em apenas 17% dos casos são cumpridos os prazos de periodicidade para os exames de cessação de periculosidade, que é anual, segundo os artigos 97, §§ 1º e 2º do Código Penal e artigos 175 e 176 da Lei de Execução Penal. Em 35,29%, ou em mais de um a cada três casos, não é cumprida a periodicidade estabelecida em lei.

Ao contrário do que diz a lei e a ética, verifica-se que **“Nos atendimentos individuais os internos chegam algemados, ficando o agente de segurança em ‘QAP’ com a porta aberta (sic), sendo uma das exigências da instituição para o atendimento, com raras exceções o técnico solicita a retirada das algemas, como encontrado”** (CRP-10).

Que tipo de qualidade no atendimento espera-se de um vínculo laboral nestes termos:

As profissionais psicólogas relatam dificuldades quanto à estrutura física, como salas pouco arejadas, insalubres e úmidas. Inclusive relataram que a limpeza do ambiente e as roupas dos pacientes são feitas pelos mesmos. As mesmas trouxeram e nos mostraram, enquanto percorríamos o espaço onde as mesmas executam seu trabalho **salas pouco arejadas e com estrutura visível bastante deteriorada. Acesso nenhum à rede de computadores,** tendo que muitas vezes fazer todo o trabalho de pesquisa sobre a rede daqueles usuários de suas casas, bem como realizam contatos com estes fora do ambiente de trabalho, uma vez que além de não possuírem acesso a computadores, também **não tem acesso à rede de internet. Para realizarem uma ligação precisam solicitar créditos** e o limite destes é muito baixo, sendo totalmente insuficiente para as articulações necessárias, principalmente as extramuros. Quanto ao material psicológico, informam que os testes psicológicos estão em condições precárias e até mesmo deteriorados. Relatam que quanto às condições físicas, objetivando melhor adequação do espaço físico de trabalho, providenciaram por recursos próprios um ar-condicionado e uma

cafeteira. Os psicólogos informam que trazem de fora a alimentação, pois a situação da cozinha e da elaboração das refeições no IPF é deficitária. Relatam existir apenas um funcionário na cozinha, auxiliado pelos internos. As condições de higiene e manutenção dos alimentos são preocupantes, sendo que os psicólogos almoçam na própria sala de trabalho. (CRP-07)

Esgarçados todos os laços com o cometimento do injusto penal, muitas vezes, motivado pela loucura e praticado contra familiares, em geral muito próximos, o destino do preso/paciente parecia ser o do esquecimento em tempos de ampliação máxima das hipóteses de alcance do Direito Penal.

Todos os problemas apontados acima violam os direitos que são conferidos ao “louco infrator” pela Lei 10.216/2001, dentre eles o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, o direito de ser tratado com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, direito à presença médica, direito de receber informações acerca de seu caso, e direito de ser tratado no ambiente terapêutico adequado.

Ante todo exposto, tem-se que a problemática dos manicômios judiciais atualmente é de extrema e difícil solução, sendo necessária a extinção progressiva dessas instituições e a inclusão desses pacientes no SUS.

Enquanto essas medidas não são adotadas pelo Estado, surgem os Programas de Ressocialização do “louco infrator”, os quais serão destacados a seguir.

3.2 Quebrando paradigmas: Programas de Ressocialização do louco infrator

Com o intuito de solucionar ou reduzir esses flagrantes problemas que podem ser observados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, surgem os Programas de Ressocialização do “louco infrator” que se ocupam de fornecer a devida assistência jurídica e psicossocial ao indivíduo em conflito com a lei que possui transtorno mental.

Nesse sentido, o Parecer da PDFC e do MPF (2011, p.77) é bem claro:

Enquanto a **legislação penal encontra-se na contramão da luta antimanicomial** e, sobretudo, das políticas públicas da área da saúde mental e, em menor monta, de segurança pública, conforme já visto, alguns estados, notadamente **Minas Gerais e Goiás e o Distrito Federal** desenvolveram **programas voltados para a atenção jurídica e psicossocial à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, que se encontram em conformidade com a lei n. 10.216/2001 e demais normas que estabelecem os parâmetros das políticas públicas em saúde mental no país.**

No Brasil os mais notórios Programas de Ressocialização do “louco infrator” são o PAILI (Programa de Atenção ao Louco Infrator/GO), o PAIPJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário/MG), o Programa de Brasília/DF, e até mesmo a recente experiência no Piauí conhecido como Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico. A seguir, discorre-se sobre cada um deles.

3.2.1 PAILI

O PAILI, “Programa de Atenção ao Louco Infrator”, é um Programa de ressocialização instituído pelo Estado de Goiás no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde.

O Programa iniciou-se no ano de 2003, com o intuito inicial de se realizar um levantamento de dados acerca das Medidas de Segurança que haviam sido aplicadas no Estado de Goiás. Com o tempo, foi evoluindo, sob a atuação da Promotoria de Justiça da Execução Penal de Goiânia, junto ao Centro de Apoio Operacional de Defesa da Cidadania. Em 2006 foi oficialmente implementado.

O PAILI foca-se na ideia de que a Medida de Segurança não possui caráter punitivo, tampouco de segurança pública, mas que é uma questão de saúde pública. Ou seja, não são nem as cadeias e nem os manicômios os alojamentos apropriados para esses indivíduos, pois se se trata de uma questão de saúde pública, o SUS –

Sistema Único de Saúde, seria o espaço mais adequado para o atendimento desses casos.

De acordo com o Parecer da PFDC e do MPF (2011, p.80):

A assinatura, naquele dia, do convênio de implementação do PAILI, em solenidade realizada no auditório do Fórum de Goiânia, registrou o **marco inicial do resgate de uma grande dívida para com a dignidade dos pacientes psiquiátricos**, mediante a construção não de um novo manicômio, agora dispensável, mas sim mediante a **construção coletiva de um processo visando à implementação da reforma psiquiátrica nesse campo historicamente caracterizado pela violação de direitos humanos fundamentais**.

Com autonomia para ministrar o tratamento nesse modelo inovador, os médicos e **as equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI**, cuja atuação é marcada pelo **contato contínuo com os familiares dos pacientes e pela interlocução e integração com todo o sistema de atenção psicossocial, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas**.

De acordo com o Censo 2011 (2013, p.21), a construção de um Manicômio Judiciário no Estado de Goiás era dispensável em razão da criação do PAILI:

O funcionamento do Paili em Goiás fez com que o estado não construísse ECTP para o cumprimento das medidas de segurança após a Lei 10.216, de 2001.

O PAILI também foi responsável pela extinção de diversas Medidas de Segurança que encontravam-se em execução, conforme consta do Parecer (2011, p.82):

Em relação aos pacientes que tiveram sua **medida extinta**, cabe ressaltar que, no PAILI, **não se fala mais em periculosidade ou cessação dela**. O paciente tem a medida extinta quando o "**laudo de avaliação psicossocial**", elaborado pela própria equipe, indica a **possibilidade do desligamento do Programa**, caso em que o paciente **pode continuar a fazer uso dos serviços de saúde mental sem o monitoramento do PAILI**.

Quando em medida de segurança, o paciente é liberado e encaminhado para o **tratamento indicado** (internação ou tratamento ambulatorial).

O PAILI objetiva a recuperação da saúde do “louco infrator” utilizando-se de técnicas mais efetivas de terapia e psiquiatria. Uma vez que considera o SUS o órgão responsável para recuperação do “louco infrator”, a solução que este Programa apresenta talvez seja a que mais se adequa à ideia de tratamento efetivo dos transtornos mentais.

3.2.2 PAI-PJ

O PAI-PJ foi dos Programas pioneiros no tratamento da saúde mental do “louco infrator”. Nascido de uma experiência realizada em 1999 pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, em parceria com o Centro Universitário Newton Paiva, e a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Belo Horizonte.

O objetivo do PAI-PJ se pauta em oferecer toda a atenção psicossocial, integralmente ao indivíduo que cumpre Medida de Segurança, durante todo o andamento do processo criminal.

De acordo com o Parecer da PFDC e do MPF (2011, p.78):

A equipe do PAI-PJ é **interdisciplinar e integrada por profissionais da psicologia, do direito, do serviço social e estagiários de psicologia, que atuam em duas frentes: junto ao paciente e como auxiliares do juízo.**

Os resultados obtidos pelo PAI-PJ, desde sua implantação, denotam a eficiência da proposta, conforme demonstrado a seguir:

Desde sua implantação, **755 casos foram acolhidos pelo Programa** e receberam tratamento adequado ao sofrimento mental **até cessar suas relações com a Justiça. 489 casos já foram desligados do Programa.** Dados de agosto de 2009 mostram que, atualmente, **266 pacientes encontram-se em acompanhamento.** Desses, **210 encontram-se em liberdade, realizam seu tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio e residem junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residências terapêuticas da cidade.** Os índices de reincidência, nos casos atendidos pelo Programa, é muito baixo, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não há registro de reincidência de crimes hediondos. (MINAS GERAIS, [2010]).

O PAI-PJ, como sendo a primeira experiência de Programa de atenção ao “louco infrator”, serviu de inspiração para que fossem criados outros Programas, como o PAILI que foi explicitado acima. Foi um Programa de notórios resultados, que ficou conhecido internacionalmente.

3.2.3 Outros Programas

Esses dois Programas possibilitaram e inspiraram o surgimento de outros Programas Ressocializadores do “louco infrator” em diversos Estados da Federação.

Em Brasília, tem-se um projeto especializado para o tratamento do indivíduo possuidor de transtorno mental em conflito com a lei, em razão de ser um dos Estados da Federação que não possui HCTP, possuindo uma Ala de Tratamento Psiquiátrico situado no estabelecimento prisional feminino.

O Programa teve início a partir de 2002, com uma experiência realizada em pacientes do sexo masculino, diagnosticados com esquizofrenia, e cumprindo Medida de Segurança há aproximadamente cinco anos.

De acordo com o Parecer da PFDC e do MPF (2011, p.83):

O desenho desse programa – que inova ao realizar o **processo de desconstrução do manicômio de dentro da instituição para a comunidade** - foi inspirado no PAI-PJ e no PAILI, bem como na lei n. 10.216/2001 e na portaria interministerial n. 1.777/2003, que dispõe sobre a saúde no sistema penitenciário, conforme seu idealizador Ulysses Rodrigues de Castro (2009, p. 100).

O trabalho é desenvolvido por meio de uma **parceria entre o Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, via Seção Psicossocial da Vara de Execuções Criminais – VEC – e o CAPS/SES – Instituto de Saúde Mental (ISM) de Brasília.**

No âmbito dos Programas Ressocializadores tem-se também o Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico no Estado do Piauí. Este Programa é recentíssimo, tendo sido implementado em 2016. É um programa em parceria do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário com o Tribunal de Justiça do Estado do Piauí.

O referido Programa regula-se mediante uma política da necessidade laudo médico para a internação do paciente.

De acordo com o Sistema de Informações Penitenciárias (Infopen-2014), o sistema prisional brasileiro possui “813 homens e 33 mulheres com deficiência intelectual e 2.497 pessoas em cumprimento de medidas de segurança na modalidade de internação psiquiátrica. Aproximadamente 85% dessas pessoas estão em alas psiquiátricas ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, e os 15% restantes, em unidades prisionais comuns”.

De acordo com o CNJ, em Abril de 2016 fora decretado o fechamento do Hospital Penitenciário Valter Alencar, que era o Manicômio do Estado do Piauí. Sendo assim, os internos tiveram de passar por uma triagem a qual encaminhou-os para a Rede de Atenção Psicossocial do estado. Posteriormente, surgiu o Projeto Terapêutico Singular, que, apesar de ser cadastrado como hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, a unidade não possuía o mínimo de infraestrutura e condições materiais e pessoais para a manutenção desses pacientes com transtornos mentais, e lhes oferecer assistência médica devida.

O Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico estabeleceu uma “nova política”, ao impor o uso da rede pública de saúde aos pacientes oriundos do sistema de Justiça criminal que ainda estavam vinculados ao sistema prisional, tendo como objetivo sua desinternação progressiva em favor da Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Grande parte dos pacientes do hospital desativado voltaram ao convívio de seus familiares e não informações acerca de reincidência criminal ou de novo surto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o exposto nesta pesquisa, e todas as problemáticas e dados que foram levantados, tem-se que a questão da Medida de Segurança e dos manicômios judiciários é delicada e exige uma visão crítica acerca da separação entre o saber jurídico e o saber médico.

É importante que seja o Juiz de Direito que exerça a aplicação da Medida de Segurança, entretanto sua fundamentação além de legal necessita, também, possuir evidências e dados médicos para que se proceda à execução da Medida de Segurança. O estabelecimento prisional não é o lugar adequado para a recuperação desses indivíduos, sendo necessário a existência de uma outra instituição separada que exerça esse papel, que seriam os manicômios judiciários. Entretanto, uma vez que os manicômios judiciários não exercem esse papel de maneira adequada, necessita-se recorrer a métodos alternativos.

Conforme foi exposto, as condições dessas instituições são precárias, tanto de tratamento quanto de necessidades humanas, como higiene básica, alimentação e até mesmo saúde. Um tratamento demasiadamente desumano que mais prejudica a saúde mental do indivíduo do que recupera. É necessário que seja feita uma reforma psiquiátrica, com o fim de melhorar as atribuições dessas instituições para que sejam capazes de oferecer um tratamento digno e eficaz que é conferido à esses indivíduos conforme o disposto na Lei 10.216/2001.

Para que haja eficácia no tratamento desses indivíduos que sofrem de transtorno mental e encontram-se nessa situação de cumprimento da Medida de

Segurança, é necessário que sejam utilizadas técnicas mais humanizadas de terapia e psiquiatria como é o caso dos Programas Ressocializadores expostos nessa pesquisa, pois de acordo com os dados extraídos do Parecer da PFDC e do MPF e do Censo de 2011, os resultados que derivaram dos Programas foram mais eficazes que os próprios HCTPs.

REFERÊNCIAS

- CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EDUERJ; São Paulo: EDUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).
- DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela**: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- TRINDADE, Jorge. **Manual de psicologia jurídica para operadores do direito**. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.
- DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: Censo 2011. Brasília: Letras Livres, 2013.
- SNOW, C. P. **As duas culturas e uma segunda leitura**. São Paulo: EDUSP, 1995.
- COOPER, D. **Psychiatry and anti-psychiatry**. Tavistock Publications Ltd, 1967.
- MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Manual de Direito Penal**. 30ª Edição Revista e Atualizada até 31 de dezembro de 2013. São Paulo. Editora Atlas S.A 2014.
- REGIS, Luiz. **Curso de Direito Penal Brasileiro**, Revista dos Tribunais, 13ª Edição, 2014.

CALHAU, Lélío Braga. Um retorno (im)possível à “**Criminologia e Psicanálise**”: a visão de Jacques Lacan. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XII, n. 66, jul 2009. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=6157>. Acesso em out 2016.

BISSOLI FILHO, Francisco. **Estigmas da criminalização**: dos antecedentes à reincidência criminal. Florianópolis: Obra Jurídica, 1988.

BRUNO, Aníbal. **Direito penal**: 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

ISAAC YAROCHEWSKY, Leonardo; SILVA COELHO, Thalita. **Artigos Docentes - Artigo: Periculosidade criminal: conceito, tratamento e consequências**. *Percurso Acadêmico*, Belo Horizonte, 2013.

GURGEL SANTOS, Roberto Monteiro *et alii*. **Parecer Sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Sob a Perspectiva da Nova Lei N. 10.216\2001**. Edição Revista e Corrigida, Brasília\DF, 2011.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão: teoria do garantismo penal**. 3. ed. rev. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde**. Direção-Geral da Saúde – OMS. Lisboa, 1º Edição 2002