

DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL AUTORAS DE DELITOS: A FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

Ludmila Cerqueira Correia*
Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima**
Vânia Sampaio Alves***

RESUMO: *O Movimento pela Reforma Psiquiátrica tem subsidiado propostas de reorientação do modelo assistencial hegemônico em saúde mental, caracteristicamente hospitalocêntrico. Para a assistência às pessoas com transtorno mental autoras de delito, instituiu-se o manicômio judiciário. A manutenção desta estrutura, reconhecida como instituição total, tem reforçado a exclusão individual, limitando a re-inserção social dos internos ao convívio familiar e comunitário. Este artigo discute o direito à saúde dos internos nos manicômios judiciários a partir do seu direito à saúde e da importância da família na perspectiva dos direitos humanos. Os avanços conferidos pela Política Nacional de Saúde Mental, com a promulgação de uma legislação especial, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, não têm contemplado a reorientação das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos manicômios judiciários. Esta instituição, ambígua e contraditória, tem preservado o seu caráter asilar/segregacionista, evidenciando uma tradição fundada na negação dos direitos humanos de seus internos. Em relação às famílias das pessoas com transtorno mental autora de delitos, admite-se que estas precisam ser assistidas na perspectiva dos direitos humanos, tanto pelos profissionais de saúde e de serviço social quanto pelos operadores jurídicos: na interdisciplinaridade e na solidariedade social.*

Palavras-chave: Direito à saúde; Manicômio judiciário; Família

INTRODUÇÃO

Entre os diversos segmentos populacionais que demandam atenção diferenciada, destaca-se o das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Esta especialidade advém, entre outros aspectos, pela necessária interdisciplinaridade do tema que exige uma interlocução efetiva com o Direito, a Psicologia, a Psiquiatria, a Saúde Pública, as Ciências Sociais, o Serviço Social, a Jus-Filosofia, entre outros. Embora a interação com diferentes campos do saber e da prática se configure relevante para a abordagem de vários fenômenos humanos, no que diz respeito às pessoas com transtorno mental autoras de delitos, encontra um vértice muito peculiar: o da discussão do direito à saúde. Este trabalho objetiva discutir o direito à saúde dos internos nos manicômios judiciários a partir do seu direito à saúde e da importância da família na perspectiva dos direitos humanos.

* Advogada, egressa UCSAL, Mestranda em Direitos Humanos (UFPB), Assessora da GAJOP – Recife, PE; ludcor@terra.com.br, autora.

** Juíza de Direito, Doutora em Saúde Pública (ISC-UFBA), Professora da Faculdade de Direito (UCSAL) e Professora Colaboradora do Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea (UCSAL), Coordenadora do Diretório de Pesquisa Direitos Humanos, Direito à Saúde e Família (UCSAL); isabelmsol@compos.com.br; co-autora.

*** Psicóloga, Mestre em Saúde Comunitária (ISC-UFBA), Professora Substituta Departamento Saúde Coletiva I (UFBA); vania.psi@bol.com.br; co-autora.

ASPECTOS HISTÓRICOS

O modelo assistencial psiquiátrico hegemônico passou a ser veementemente discutido a partir do final da década de 1940. As críticas se fundamentam no anacronismo e na ineficácia do modelo. As denúncias recorrentes de violência nas instituições psiquiátricas têm sido objeto de mobilizações da sociedade civil e de profissionais de saúde. O crescente clamor social contra as diversas formas de desrespeito aos direitos humanos tem produzido uma consciência crescente acerca da importância da luta pelo direito à singularidade, à subjetividade e à diferença. A ampliação da compreensão a respeito da natureza discriminatória dos estabelecimentos psiquiátricos envolveu familiares, comunidade e outros atores sociais na discussão da cidadania dos internos nos manicômios judiciários. Em relação às ações necessárias para a garantia dos direitos humanos para estas pessoas, Costa (2003, p. 143) reitera sobre o caráter segregador destes estabelecimentos: “o hospital psiquiátrico tornou-se um emblema da exclusão e seqüestro da cidadania e, até mesmo, da vida dos padecentes de transtornos mentais ao longo dos últimos duzentos anos”.

O hospital psiquiátrico surgiu no final do século XVIII, por iniciativa do médico francês Philippe Pinel, para *tratar e curar* a loucura, mediante o ocultamento e a exclusão. Este tratamento adotava como métodos terapêuticos os confinamentos, as sangrias e os purgativos. Estava, assim, consagrado o hospital psiquiátrico – o famigerado hospício – como o lugar social dos *loucos*.

No Brasil, o modelo manicomial adotado como forma de assistência psiquiátrica a pessoas com transtorno mental alinhou-se com o modelo europeu. O início da assistência psiquiátrica pública teve início na segunda metade do século XIX, caracterizando-se pelo recolhimento asilar daquelas pessoas provenientes das camadas sociais desfavorecidas e pela estigmatização da *loucura*. Trata-se de um período histórico da psiquiatria moderna conhecido como de custódia, que vigorou até a década de 1930 (COHEN e MARCOLINO, 1996). Os *loucos* figuravam como ameaça à segurança pública, razão pela qual a legislação da época, sob o argumento da proteção à sociedade, legitimava a sua reclusão como medida de *acolhimento, proteção e tratamento*.

No período de custódia, o Estado controlava o tratamento psiquiátrico, delegando a responsabilidade a determinadas instituições escolhidas, embora os médicos não tivessem, até então, uma formação psiquiátrica específica. A crescente pressão da população para o recolhimento asilar dos alienados *inoportunos*, isolando-os do convívio familiar e comunitário, ensejou, frente às condições subumanas das instituições asilares, o questionamento de alguns profissionais de saúde e a proposição quanto à construção de outro espaço para a assistência psiquiátrica. Neste contexto, o Hospício Pedro II foi inaugurado, na cidade do Rio de Janeiro, em 1852.

Compreendendo a doença mental apenas sob a ótica física e biológica, passaram a ser criados no país os grandes hospitais psiquiátricos, sem que houvesse, todavia, a constituição de equipe terapêutica. O modelo hospitalocêntrico rapidamente se disseminou pelo país, consolidando-se como lógica assistencial em saúde mental, mantendo-se, por décadas, a “posição paternalista” do psiquiatra (COHEN e MARCOLINO, 1996, p. 18) e a não-inclusão do paciente e de sua família relativamente ao projeto terapêutico.

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953 e a emergência de novos conceitos relativos ao caráter preventivo da atenção à saúde, configurou-se um novo discurso psiquiátrico. Conviveu a proposta formal de um novo paradigma preventivista com uma realidade que se manteve engessada no intra-muro da instituição de padrão hegemônico com seu modelo asilar/carcerário.

Com as mudanças efetivadas na sociedade brasileira a partir do golpe militar de 1964, a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. No campo da assistência psiquiátrica, fomentou-se o surgimento das *clínicas de repouso*, denominação dada aos hospitais psiquiátricos de então, além de métodos de busca e de internamento de pessoas com o significativo incremento de leitos privados.

Ao longo do século XX, foram empreendidos esforços para alterar a realidade asilar através do desenvolvimento de outros modelos de atenção capazes de promover um maior grau de interação e de democracia nas relações existentes entre os profissionais e os internos no interior da instituição psiquiátrica. O advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica marca um novo período, a partir do final da década de 1990, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório. Diversos setores das áreas de saúde pública e dos direitos humanos convergiram esforços na tentativa de ruptura, construindo como proposta alternativa a estruturação de uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, correspondente ao modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo projeto integra os usuários às suas respectivas famílias e comunidade (FARAH e BARBOZA, 2000).

Este processo de ruptura com a centralidade do hospital psiquiátrico tem sido contemporânea da dinâmica de descentralização das ações e dos serviços de saúde inaugurada formalmente na Constituição Federal de 1988, art. 1º e 204, juntamente com as Leis Orgânicas de Saúde – Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90 – e as Normas Operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação normativa do Estado Democrático de Direito refletiu, portanto, também na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles com transtorno mental.

A Política Nacional de Saúde Mental foi objeto de recentes reformulações: uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país em relação à pessoa com transtorno mental, ensejou, com a sanção presidencial, a Lei nº 10.216, em 06 de abril de 2001. Esta legislação especial dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, responsabilizando o governo e a sociedade em superar o modelo assistencial até então vigente baseado exclusivamente na internação tradicional.

O MANICÔMIO JUDICIÁRIO

Entre as instituições de caráter asilar, encontra-se uma de natureza diferenciada: o manicômio judiciário. Criado especificamente para a internação de pessoas com transtorno mental que cometeram atos delituosos, o manicômio judiciário pode ser caracterizado como uma *instituição total*, uma vez que reforça a exclusão individual e limita a interação com o mundo exterior (GOFFMAN, 2003). Nas instituições com esta configuração, as sociedades contemporâneas preservam suas pretensões de controle e dominação. Denominado também como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, conforme prevê o Código Penal Brasileiro nos seus artigos 96 e 97 e na Lei de Execução Penal no artigo 99, o manicômio judiciário tem acirrado a discussão sobre os direitos humanos de pessoas com transtorno mental autora de delito e sobre o direito de as famílias acompanharem e assistirem os seus entes internados.

Até o início da década de 1920, o Brasil não possuía manicômios judiciários. A sua implementação foi precedida pela discussão acerca de qual seria o destino institucional que deveriam ter indivíduos que eram considerados loucos e criminosos ao mesmo tempo. Desse modo, além dos hospitais psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais, começaram a funcionar no país os manicômios judiciários para receber e tratar os ditos loucos criminosos.

Conforme afirma Carrara (1998, p. 148), “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”, configurava-se, assim, uma nova categoria, a dos *os loucos-criminosos*, cujo destino deveria estar absolutamente desvinculado do Hospício Nacional. A compreensão era de que para este segmento populacional seria necessário construir uma nova instituição para seu recolhimento asilar, forjando-se, desta maneira, a demanda por um “manicômio criminal”.

O primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em 1923. Em relação a este evento, Carrara (1998, p. 194) comenta que “coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso.”

Com a implementação do manicômio judiciário, segundo análise de Carrara (1998), vislumbrava-se uma solução de interesse da sociedade cujo tecido fora agredido pelo delito da pessoa com transtorno mental. Ao apresentar-se como instituição prisional, sustentava-se na premissa de que o indivíduo, ainda que com transtorno mental, deveria pagar pelos crimes cometidos; como instituição de custódia, guardava uma natureza diferenciada, a de satisfazer as interpretações patologizantes e biodeterminantes do indivíduo. O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como um lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Deste modo, os manicômios judiciários apresentam, desde a sua origem normativa, uma estrutura ambígua e contraditória. Como instituições predominantemente custodiais, revelam, com grades e medicações controladas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autores de delitos. Revelam, ainda, a quebra do liame familiar-comunitário.

Nesse diapasão, o Código Penal de 1940 instituiu o chamado sistema do “duplo binário”, que se caracterizava por comportar dois tipos de reação penal: de um lado, a pena, medida segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade de seu ato; e, de outro, a medida de segurança, fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado. A medida de segurança deveria atingir aos loucos-criminosos e algumas outras classes de delinquentes não-alienados. Assim, havia a aplicação dupla de pena e medida de segurança.

Com a Reforma Penal de 1984, foi adotado o sistema *vicariante*: o fundamento da pena passa a ser exclusivamente a culpabilidade, enquanto a medida de segurança encontra justificativa somente na periculosidade aliada à incapacidade penal do agente (MIRABETE, 2002). A partir daí, a medida de segurança será aplicada apenas aos inimputáveis, tendo tal instituto natureza preventiva e não punitiva.

Assim, faz-se necessário estudar os conceitos de culpabilidade e de imputabilidade. Esta é definida como a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26 do Código Penal Brasileiro (MOURA, 1996). Outro conceito importante a ser estudado é o da periculosidade, que tem sido objeto de muitos debates nas áreas médica e jurídica, e é determinante desde o século XIX. Segundo Foucault:

A grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam (FOUCAULT, 2003, p. 85)

Assim, o conceito da periculosidade presumida justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso *a priori*. Dessa forma, quando se suspeita que o indivíduo que praticou ato delituoso apresenta algum transtorno mental, deve ser feita uma solicitação de exame médico-legal para que se

avaliar a imputabilidade com vistas à formação do Processo de Incidente de Insanidade Mental. Após a finalização do exame de insanidade mental, este é remetido ao Juiz, que poderá acatar ou não o parecer dos peritos. Caso a insanidade mental tenha sido argüida e o juiz acate o parecer, absolverá o acusado e aplicará a medida de segurança, cuja origem histórica da regulação remonta à Inglaterra do século XIX quando um homem com transtorno mental tentou matar o Rei Jorge III, ensejando, assim, uma legislação específica: “*Criminal Lunatic Asylum Act*” (COHEN, 1996, p. 77). A medida de segurança é aplicada pelo juiz competente por tempo indeterminado em face da situação considerada de periculosidade do indivíduo. Esta medida deve ser cumprida em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, visando o acompanhamento terapêutico do infrator.

Porém a medida de segurança surge como sendo uma pena de caráter aflitivo. Em que pese constituir-se em um processo terapêutico, a estabilização do quadro patológico diagnosticado não marca o término da medida de segurança, configurando, assim, uma situação anômala em relação aos princípios dos direitos humanos pela circunstância de perpetuar a restrição de ir e vir de uma pessoa. E, por basear-se no potencial de periculosidade do infrator, a medida de segurança possibilita uma segregação indeterminada, pois, se o laudo psiquiátrico concluir que não cessou a periculosidade do paciente, este deverá permanecer internado, cabendo ao juiz da Vara de Execução Penal acolher esta circunstância de caráter médico-psiquiátrico. Resta tão somente à família, em face desta situação, visitar o interno, limitada, portanto, por qualquer perspectiva de retorno do seu ente ao convívio social.

Na administração dos manicômios judiciais, o Estado incorpora a demanda punitiva/segregacionista produzida socialmente, voltando-se, concretamente, para os internos com uma estrutura alicerçada na violência, amparada pelo medo, controle e reprodutora da desconfiança. Assim, o que se evidencia é a presença de uma tradição fundada na negação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos e na limitação de suas famílias que não contam com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma contínua e integral. São escassas as políticas públicas de promoção à saúde mental de promoção à convivência familiar e de prevenção aos transtornos mentais. Mesmo o Programa Saúde da Família (PSF), implementado a partir de 1994 como proposta de reorientação da atenção básica, não tem propiciado, de forma sistemática, uma atenção à saúde mental nas comunidades assistidas. Evidencia-se, assim, a pertinência da discussão e da integração de ações entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, com participação, em todos os níveis, de representantes do Ministério Público, do Poder Judiciário, da sociedade civil, dos profissionais de saúde, entre outros. Justifica-se, ademais, a inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde, visando oportunizar os contatos deste com as famílias, seja no âmbito da unidade de saúde, seja nos espaços comunitários, para a identificação dos casos e para o desenvolvimento da cidadania através de uma abordagem dialógica (ALVES, 2004). Salienta-se, sobretudo, a importância de trazer para a instância de formação dos operadores jurídicos a perspectiva do direito à saúde (LIMA, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação das práticas assistenciais desenvolvidas no âmbito dos manicômios judiciais. O Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial culminou com a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Esta Lei consagra direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegurando o atendimento das necessidades desses cidadãos quanto à qualidade de vida, tratamento específico e reinserção social. Entretanto esta legislação, em que pese o seu avanço,

não faz referência aos internos dos manicômios judiciários. Ora, não havendo respaldo legal na última norma especial sobre o tema, tampouco havendo, uma diretriz do PSF para acolher nas comunidades as pessoas com transtorno mental, estas permanecem duplamente desassistidas. É urgente, portanto, a discussão de políticas públicas que considerem a família de maneira transversal, isto é, relativamente às questões da cidadania, da promoção da saúde, da prevenção da violência, fortalecendo, assim, a perspectiva da co-responsabilidade social.

O combate à criminalidade passa, igualmente, pela perspectiva da atenção à saúde das famílias, sobretudo daquelas que vivem em condições de pobreza e enfrentam, em face desta circunstância, contínuos desafios que persistem diante da manutenção de padrões de concentração de riqueza, de movimentos globais de interesses econômicos, além do baixo nível de capital social (ARRIAGADA, 2001). Entre as muitas formas de exclusão, encontra-se a das pessoas com transtornos mentais autoras de delito. Suas famílias também se defrontam com formas de exclusão, e, entre estas, a social.

Entende-se que a exclusão social, conforme Silver (1994) e Sen (2000a, 2000b), constitui um conjunto de situações distintas que plasmam determinadas *exclusões* e geram limitadas condições da vida. Estas condições são diferentes conforme o lugar dos grupos populacionais, mas guardam, em geral, algumas características que lhes selam a marca da iniquidade: reduzido e empobrecido padrão alimentar, inconstante acesso à educação, sistema educacional dissociado do contexto social, acesso limitado e descontínuo aos serviços de saúde, frágil sistema de segurança, instabilidade na atividade produtiva, baixa renda, sistema de transporte coletivo insuficiente e ineficaz, possibilidades reduzidas ou inexistentes de acesso ao crédito e à propriedade de imóvel, habitação precária, condição de consumo mínimo, serviço de saneamento inexistente ou precário, poucas habilidades específicas para o trabalho, reduzido capital cultural, pouca participação na defesa da cidadania, limitada discussão sobre a situação de iniquidade e, entre outros aspectos, baixa coesão social e frágil participação democrática. As famílias das pessoas com transtornos mentais autoras de delito precisam ser assistidas na perspectiva dos direitos humanos, tanto pelos profissionais de saúde, de serviço social quanto pelos operadores jurídicos: na interdisciplinaridade e na solidariedade social.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Educação em saúde e constituição de sujeitos**: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família. 2004. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

ARRIAGADA, I. **Famílias latinoamericanas**: diagnóstico y políticas públicas en los inicios del nuevo siglo. Santiago do Chile: CEPAL, 2001.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941. Dispõe sobre o Código de Processo Penal. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ**, 13 out. 1941.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 1984.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal. **Diário Oficial [da] República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

CARRARA, S. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

COHEN, C. Medida de segurança. In: COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. (Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 77-83.

COHEN, C.; MARCOLINO, J.A.M. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. (Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 13-23.

COSTA, A.C.F. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, M.I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 125-168.

FARAH, M.F.S.; BARBOZA, H.B. (Org.). **Novas experiências de gestão pública e cidadania**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

FOUCAULT, M. **As verdades e as formas jurídicas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

LIMA, I.M.S.O. **Direito à Saúde**: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes. Estudo de Caso. 2002. 371 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

LIMA, I.M.S.O.; ALVES, V.S. Retratos de exclusão social: a família e o adolescente em conflito com a lei na periferia de Salvador, Bahia. In: PETRINI, João Carlos; CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon (Orgs.). **Família, sociedade e subjetividades**: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis – RJ: Vozes, 2005. (No prelo)

MIRABETE, J.F. **Código de processo penal interpretado**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MOURA, L.A. Imputabilidade, semi-imputabilidade e iniputabilidade. In: COHEN, C.; FERRAZ, F.C.; SEGRE, M. (Org.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 85-103.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000a.

SEN, A. **Social exclusion**: concept, application, and scrutiny. Manilla: Asian Development Bank, 2000b.

SILVER, H. **Social exclusion and social solidarity**: three paradigms. Geneva: IILS, 1994.