

CRIME E DOENÇA MENTAL: UMA ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE PÚBLICA E DIREITO PENAL NA TUTELA DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Yáskara de Magalhães Teixeira¹
Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado²

RESUMO

A Luta Antimanicomial, que ganhou força na década de 70, repercutiu na edição da Lei nº 10.216/2001, marco legal desse movimento, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Questionamentos surgem acerca da aplicabilidade da mencionada legislação aos portadores de transtornos mentais em conflito com a lei. Este estudo, portanto, tem por objetivo analisar as implicações da reforma psiquiátrica em relação à medida de segurança e a aplicabilidade da reorientação do modelo de atenção a saúde mental e das novas estruturas substitutivas aos hospitais psiquiátricos, juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), no cuidado e assistência dos indivíduos submetidos a esse instituto. Será questionada a necessidade ou não de vinculação desses dois sistemas, saúde pública e sistema penal, direcionados ao tratamento de uma parcela da população caracterizada pela sua extrema vulnerabilidade e pela sua sujeição a um processo de exclusão e estigmatização.

Palavras-chave: Medida de Segurança. Saúde Mental. Hospital de Custódia e Tratamento. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The Anti-Asylum, which gained momentum in the 70s, reflected in the enactment of Law No. 10.216 / 2001 legal framework of this movement, providing for the protection and rights of people with mental disorders and redirecting the care model in mental health. Questions arise about the applicability of that law against people with mental disorders in conflict with the law. This study therefore aims to analyze the implications of the psychiatric reform in relation to security measures and the applicability of the reorientation of mental health care model and substitute new structures to psychiatric hospitals, along with the Unified Health System (SUS), in the care and assistance of patients undergoing this institute. Will be questioned the need or not linking these two systems, public health and criminal justice system, targeted to

¹ Yáskara de Magalhães Teixeira. Graduando do Curso de Direito da Universidade Federal da Bahia – UFBA.

² Alessandra Rapassi Mascarenhas Prado. Graduada em Direito pela Universidade Federal da Bahia (1993), mestrado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1997) e doutorado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2003). Atualmente é professora doutora da Faculdade Ruy Barbosa e professora doutora colaboradora do Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Federal da Bahia.

treat a portion of the population characterized by its extreme vulnerability and their subjection to a process of exclusion and stigmatization.

Keywords: Security Measure. Mental Health. Custody and Treatment Hospital. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho foi elaborado com o objetivo geral de analisar o instituto da medida de segurança e as mudanças nela ensejadas pela Luta Antimanicomial e pela remodelagem do modelo de atenção psicossocial. A nova forma de pensar o portador de sofrimento mental forçou questionamentos acerca dos postulados desse instituto, sua natureza jurídica, sua forma de execução, seus requisitos e a sua vinculação ao conceito de periculosidade, conceito este produzido pelo Positivismo Criminológico no século XIX e cuja influência é sentida até hoje na legislação penal brasileira.

A estigmatização da loucura leva a uma condição de exclusão e de negação da cidadania desses indivíduos. Criou-se uma áurea de medo em torno do “louco”, o que lhes infringe, quase que instantaneamente, a rotulação de perigosos. Mas é a partir do momento em que a loucura é associada ao crime que, definitivamente, se consagra uma política de práticas segregacionistas e de contenção, pautada em tratamentos desumanos, repetidos diariamente dentro dos muros dos antigos manicômios judiciários, extintos apenas no nome.

Eis aí uma das principais motivações desse estudo, observar que a perpetuidade de certos preconceitos impede que seja dada a necessária atenção para o tema. A população em cumprimento de medida de segurança, ou que ainda aguarda a realização de perícia, assim como os que já deveriam estar em liberdade, é composta por indivíduos em condição de fragilidade, sem perspectiva de reinserção, vivenciando situação muitas vezes mais gravosa que a já degradante realidade dos presídios brasileiros.

Foi com a reforma psiquiátrica, iniciada na década de 70, caracterizada por um amplo movimento social, composto por profissionais da área de saúde mental e familiares dos usuários, que se passou a lutar em prol dos direitos humanos dos doentes mentais, buscando uma atenção psicossocial substitutiva a instituição asilar. Esses movimentos cominaram na promulgação da Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica),

que consagra a proteção e os direitos dessas pessoas, além de prever uma reformulação significativa no modelo de atenção à saúde mental.

2 MEDIDA DE SEGURANÇA: ASPECTOS GERAIS

A medida de segurança hoje é formulada na nossa legislação como um instituto direcionado ao portador de transtorno mental que, ao tempo do crime, era inteiramente incapaz de entender a ilicitude do ato ou de determinar-se de acordo com ele. Também se aplica aos semi-imputáveis, ou seja, aqueles cuja capacidade de discernimento encontra-se diminuída, podendo o juiz aplicar uma pena reduzida de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços), ou uma medida de segurança, conforme art. 26, § único, do Código Penal, não cabe mais a cumulação dos dois institutos (pena e medida de segurança), em virtude do sistema vicariante, hoje adotado pelo ordenamento brasileiro. Assim, para que seja aplicada a medida de segurança, três pressupostos deverão estar presentes: a prática de um injusto penal, sem o qual o Estado não pode exercer seu *jus puniendi*; a constatação de uma situação de inimputabilidade atestada por laudo médico; e, por fim, a periculosidade, que consiste em um juízo de probabilidade de o agente voltar a delinquir, verificada através de perícia realizada por um psiquiatra.

Na prática jurídica, a ideia de periculosidade encontra suas bases nos pensamentos da Escola Positiva e da Criminologia, mais especificamente nas ideias de Garófalo e na sua denominada temibilidade social que consistiria na “perversidade constante e ativa do delinquente e a quantidade do mal previsto que se deve temer por parte do mesmo delinquente” (Garofalo apud Aníbal Bruno, 1977, p.13). Foi com a influência da Escola Positiva e a identificação do criminoso como um ser naturalmente desviante que se desenvolveu o binômio perigo/defesa social, desencadeando na teoria da periculosidade.

Interessante se faz notar que a ideia de periculosidade foi inicialmente pensada no direito penal como algo a ser avaliado no sujeito, portador ou não de uma perturbação mental. Ser perigoso seria uma condição aferida por vários fatores, dentre eles: as condições físicas e psíquicas que caracterizavam a personalidade do agente; o fato delituoso; os antecedentes; as condições dos meios social e familiar em que estaria inserido o delinquente. (BRUNO, 1977)

Contudo, hoje, como é posta na legislação brasileira, a ideia de periculosidade vai muito além de uma simples probabilidade de se praticar um novo crime, vinculando-se diretamente a existência de uma patologia mental.

Esse conceito sustenta a falsa ideia de que o doente mental, necessariamente, seria portador de impulsos violentos, estaria fadado a infringir a lei e, portanto, representaria um perigo para a sociedade, devendo assim ser acompanhado e vigiado até que se constate a cessação desse perigo. É através dele, também, que se fundamenta a tão criticada indeterminabilidade da medida de segurança, posto que, a sua revogação é condicionada a averiguação da cessação da periculosidade.

A inexistência de um prazo limite para a duração da medida é altamente contestada pela doutrina, que defende a sua inconstitucionalidade, tendo em vista a violação do artigo 5º, inciso XLVII, alínea, “b”, da Constituição Federal, que proíbe a aplicação de penas perpétuas, assim como o artigo 75 do Código Penal, que limita o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade a trinta anos. Sobre esse assunto, os Tribunais Superiores já se manifestaram quanto à necessidade de se estabelecer um prazo limite para a medida. O posicionamento do Supremo Tribunal Federal é no sentido de não permitir que as medidas de segurança tenham caráter perpétuo, limitando sua duração ao prazo máximo de 30 (trinta) anos. Por outro lado, o Superior Tribunal de Justiça editou este ano a Súmula nº 527 com o entendimento no sentido de que o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado. Verificando-se aqui entendimento mais favorável ao doente mental.

Contudo, indo além das disposições penais acerca da medida de segurança, em 06 de abril de 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216/2001, que estabelece novos paradigmas para a abordagem terapêutica do indivíduo portador de transtornos mentais. Tal lei, em que pese tratar de direito sanitário, é responsável pela remodelagem, no cenário atual, da aplicabilidade desse instituto. Infelizmente, o que se observa é que, em que pese às novas diretrizes trazidas pela Reforma Psiquiátrica, muito pouco foi modificado em relação aos portadores de sofrimento mental submetidos à tutela do sistema penal. Analisaremos a partir de agora, quais foram as mudanças políticas e sociais implantadas na área da saúde mental, os efeitos

provocados na seara jurídica penal e se seria possível e necessário discutir um novo modo de pensar os preceitos da relação entre crime e doença mental.

3 A MEDICALIZAÇÃO DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A relação da humanidade com a loucura, as dificuldades em compreendê-la, aceitá-la e controlá-la, originou, ao longo da história, diversas formas de tutela, abarcadas ou não pelo direito penal. Nesse processo de coexistência com a doença mental, a medicina, o direito, a sociedade e o Estado e suas instâncias de poder modificaram e adaptaram a maneira de abordar a matéria às suas necessidades (raras vezes à necessidade do doente).

A loucura torna-se objeto médico-psiquiátrico com o advento dos hospícios psiquiátricos no século XVIII, deixa de ser encarada como uma possessão e passa a ser vista como alienação, conforme preceituava Philippe Pinel. A partir de Pinel, tomado como exemplo e marco de atos perpetrados em várias outras localidades da Europa, esses estabelecimentos deixam de ser apenas repositório de vidas e adquiriram funções terapêuticas. O ato perpetrado por Pinel de libertação dos loucos das correntes físicas que lhe prendiam é considerado como a primeira reforma psiquiátrica da história.

Por outro lado, o início do século XIX foi marcado pela ascensão da psiquiatria como ciência que tomou para si a responsabilidade sobre a loucura. Nos tribunais, os alienistas, assim denominados os psiquiatras na época, passaram a ser requisitados para explicar determinados crimes tidos como inexplicáveis, ausentes de qualquer motivação subjetiva aceitáveis do ponto de vista racional, mas que também não se enquadravam na concepção clássica da loucura, definida por indivíduos delirantes. Foi através dos alienistas e da noção de monomania que determinados comportamentos mórbidos tidos como criminosos passam a ser objeto de estudo médico, surgindo assim uma zona de conflito de competência entre juristas e profissionais da área de saúde. Esse fenômeno justifica também o caráter ambíguo do manicômio judicial como instituição asilar (CARRARA, 1998, p.70).

Entre o final do século XIX e início do século XX, verificou-se uma crescente valorização das ciências, em especial as ciências naturais, preponderando explicações físicas acerca da doença mental. O conhecimento psiquiátrico passou a desenvolver intensamente sua

clínica e a se valer das descobertas no campo da neurofisiologia para sistematizar a doença mental sob uma ótica fisicalista e organicista. Virgílio de Mattos (2006) traça um histórico dos tratamentos dispensados ao indivíduo considerado louco, nesse período histórico elas consistiam em: extração dentária, hibernação, coma insulínico, convulsoterapia, eletrochoque, lobotomia; e, após final da 2ª Guerra Mundial, houve o desenvolvimento de pesquisas na área da psicofarmacoterapia.

A sujeição dos doentes mentais a tratamentos desumanos e cruéis desencadeou um processo de questionamentos acerca da tutela desses indivíduos. Destacamos aqui a experiência italiana e os trabalhos desenvolvidos pelo psiquiatra Franco Basaglia.

Pautado em uma ideologia que se opunha a institucionalização como forma de exclusão, Franco Basaglia criticava o modelo psiquiatra tecnicista existente até então e os conceitos de periculosidade e irrecuperabilidade. Em sua obra *A instituição negada* de 1968, fruto de sua experiência vivida no hospital de Gorizia, onde conheceu a realidade de violência e repressão dos hospitais psiquiátricos, afirmava que tais instituições não poderiam ser reformadas ou humanizadas, pois não priorizavam a assistência e o tratamento dos pacientes, elas destruíam suas individualidades, tornando-os meros objetos de intervenção clínica.

Influenciada pela experiência italiana, bem como pela experiência das comunidades terapêuticas, a luta antimanicomial no Brasil teve início no final da década de 70, compostas por profissionais da área de saúde mental e familiares dos usuários, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, almejaram substituir o superado modelo manicomial, local onde se promovia a exclusão.

O primeiro momento dessa luta tem como marco inaugural a fundação, em 1978, do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por sindicalistas, integrantes do movimento sanitário, profissionais de saúde e familiares de pacientes internados foi o instante de questionamento da política de saúde mental desenvolvida no Brasil.

Porém, foi no ano de 1989, que o Deputado Paulo Delgado por meio do projeto de lei nº 3.657 propôs a revisão legislativa impulsionando a Reforma Psiquiátrica brasileira. Após doze anos, o supracitado projeto foi sancionado em 2001 com a Lei 10.216/2001, tornando-se

um marco na reforma psiquiátrica, ficando conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”. A referida lei modifica as diretrizes da assistência psiquiátrica no país, priorizando uma abordagem interdisciplinar da saúde mental e negando o internamento como o meio mais indicado para a consolidação de um tratamento digno, busca, assim, a extinção gradativa dos manicômios.

Contudo, ressalta-se que a Lei 10.216/2001 trata-se de legislação de direito sanitário, nesse sentido, muito dos avanços por ela trazidos ainda não encontram ressonância na área penal e na execução das medidas de segurança, mantendo os portadores de transtornos mentais que praticaram um delito sobre um regime inadequado e segregacionista. Por esse motivo, torna-se imperioso analisar quais as inovações oriundas dessa lei e seus reflexos na seara penal.

4 AS DIRETRIZES TRAZIDAS PELA LEI Nº 10.216/2001 E A LEGISLAÇÃO PENAL

A Lei nº 10.216/2001 tem entre suas diretrizes a reintegração social dos internos, a reinserção no seio familiar como finalidade permanente do tratamento (art. 4º, §1º), a humanização do atendimento dispensado (art. 2º, parágrafo único, inciso II), a garantia aos direitos dos portadores de sofrimento mental, à adequada prestação dos serviços públicos e a desinstitucionalização através de política específica do paciente psiquiátrico há muito tempo internado (art. 5º).

Ludmila Correia (2007) explica que a mencionada lei consagra a reorientação dos procedimentos e estabelecimentos destinados às pessoas portadoras de transtorno mental, buscando uma humanização do tratamento a ser efetivado preferencialmente em serviços substitutivos. Defende que a Lei de Reforma Psiquiátrica trata sobre a garantia do direito à saúde de toda pessoa com transtorno mental, incluindo aquelas autoras de delito e sujeitas a internação compulsória em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Destaca-se que a Lei nº 10.216/2001 faz menção expressa, em seus artigos 6º, inciso III e 9º às situações de internação compulsória, ou seja, aquelas determinadas por ordem judicial, e cuja categoria abarca a medida de segurança, bem como faz referência, em seu artigo 2º, “aos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza (...)”. É nesse sentido que

podemos afirmar que as diretrizes da Lei Antimanicomial aplicam-se também aos portadores de transtornos mentais sobre a tutela do sistema de execução penal. Paulo Jacobina (2008) vai além, segundo o autor não só as previsões da Lei nº 10.216/2001 seriam aplicadas aos sujeitos a medida de segurança, mas também todos os princípios do Sistema Único de Saúde.

Do mesmo modo, a Portaria Interministerial nº 628, de 02 de abril de 2002, que aprovou o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconheceu a população confinada em presídios e manicômios judiciários como de responsabilidade também da área da saúde. Seguindo o mesmo entendimento, concluiu-se no Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, realizado em Brasília, nos dias 11 e 12 de julho de 2002, que é de responsabilização do Sistema Único de Saúde e da rede de atenção à saúde mental o tratamento dispensado aos indivíduos submetidos à medida de segurança. Ademais, a resolução nº 113 do CNJ, de 20 de abril de 2010, estabeleceu que as medidas de segurança devem ser aplicadas em conformidade com Lei de Reforma Psiquiátrica e que o juiz da execução deverá, sempre que possível buscar a aplicação de políticas antimanicomiais.

Portanto, apesar do Código Penal em seu artigo 97 condicionar a escolha da modalidade de medida de segurança a ser aplicado à pena cominada (reclusão ou detenção), conforme a Lei 10.216/2001 a preferência é que o tratamento do doente mental se dê em ambiente menos invasivo possível (art. 2º, VIII), preferencialmente em serviço comunitário de saúde mental (art. 2º, IX), ou em instituições ou unidades gerais de saúde que ofereçam assistência aos portadores de transtornos mentais (art. 3º), exatamente por isso, a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, ou seja, quando o tratamento ambulatorial não consistir, no caso concreto, no mais adequado.

Como muito bem sustenta Virgílio de Mattos (2006), a Lei de Reforma Psiquiátrica alterou as concepções em torno da intervenção a ser dispensada ao portador de sofrimento mental, que passa a adotar um caráter mais preventivo do que de tratamento propriamente dito. Conforme afirma o autor: “a solução não pode ser apenas – unanimidade a partir de final do século XIX –, nem tratar – vez que o ‘tratamento’ tem sempre implicado maior exclusão –, mas prevenir que o portador de sofrimento mental passe ao ato e transforme, transtornado, sua própria vida e a daqueles que lhes são mais próximos” (2006, p.153). É seguindo esse

pensamento preventivo que as redes alternativas direcionadas ao cuidado da saúde mental ganham importância ímpar.

5 A SAÚDE MENTAL E OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS EM CONFLITO COM A LEI

O direito a saúde encontra-se em nosso ordenamento jurídico positivado na Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental da pessoa humana. Por ser fundamental e eminentemente prestacional, a ele se estende o previsto no art. 5º, §1º da CF, aplicabilidade imediata, o que significa dizer que esse direito reclama a máxima eficácia e efetividade.

Nesse sentido, destaca-se que, além de ser um direito, a saúde consiste em um dever do Estado, conforme preceitua o artigo 196 da Carta Magna, cujo acesso deve ser universal e igualitário. Primeiramente observa-se que a efetivação da saúde gera para o poder público uma obrigação da qual ele não pode olvidar. O Estado deve se comprometer com a realização de políticas públicas que busquem a efetivação deste direito junto à população. Um segundo ponto diz respeito aos seus titulares. A Constituição de 1988 inseriu um rol amplo de sujeitos passivos do direito a saúde, não fazendo distinção entre eles. O que nos remete a necessidade de se defender uma tutela igualitário da saúde daqueles que se encontram em conflito com a lei. Pertencentes a uma instituição caracterizada pela ambiguidade, essas pessoas vivenciam, ao longo da aplicação da medida de segurança, tanto na sua forma ambulatorial como na internação, um constante conflito entre os profissionais da área de saúde e os da área jurídica.

Para que a execução dessa medida possa corresponder às novas diretrizes adotadas após os inúmeros movimentos em prol da humanização do tratamento dispensado a saúde mental e após a Lei nº 10.216/2001, marco legal desses movimentos, torna-se imprescindível o estabelecimento de um diálogo intersetorial, ou seja, a comunicabilidade entre a justiça, a rede de saúde pública, a própria comunidade e os familiares dos internos.

Sobre a efetivação do direito a saúde direcionada aos portadores de transtornos mentais, foi no contexto da Luta Antimanicomial que surgiram no Brasil novas instituições

substitutivas ao hospital psiquiátrico e em conformidade com as exigências de humanização do cuidado dispensado aos portadores de transtorno mental.

Em janeiro de 1992, a Portaria nº 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS, bem como dos hospitais-dia, proibiu a existência de espaços restritivos e exigiu que fosse resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados (previsão que apenas ressalta um direito já garantido a todos os cidadãos no art. 5º, inciso XII da CF) e feito o registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos neles efetuados. Dividiu o atendimento em saúde mental em dois grandes grupos, o hospitalar e o ambulatorial e definiu que os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial promoveriam assistência intermediária a esses dois grupos, atuando como porta de entrada da rede de serviços de saúde mental e atendendo pacientes referenciados dos serviços de urgência ou egressos de internação psiquiátrica. Os CAPS hoje são regulamentados pela Portaria do Ministério da Saúde nº 336 de 2002 que estabelece as suas modalidades.

Sobre o atendimento hospitalar este compreende a internação e a semi-internação, esta última na forma dos hospitais-dia, que consiste em um recurso que desempenha um programa terapêutico comprometido com o paciente e sua família, sem afastá-lo do seu meio social, familiar, de trabalho, prevenindo a reclusão e a marginalização do paciente psíquico.

Destaca-se, ainda, entre as políticas de saúde mental que objetivam a reinserção das pessoas em situação de internação prolongada, o Programa De Volta para Casa do Ministério da Saúde, criado pela Lei Federal nº 10.708/2003. Contudo, tal programa enfrenta dificuldades como a ausência de documentação pessoal mínima para o cadastramento e a rejeição dos internos pelos seus próprios familiares que utilizam a internação, muitas vezes, como meio para se livrarem do problema que é a doença mental. Muito dos pacientes dos Hospitais de Custódia e Tratamento não são acompanhados por seus familiares e passam a reconhecer na instituição o seu único lar.

O projeto de desinstitucionalização sofre, além das dificuldades inerentes a natureza ambígua dessas instituições, com os problemas já presentes nas políticas públicas direcionadas à saúde mental. Vivemos uma realidade de alta demanda de atendimento para os CAPS, com um grande número de pacientes superior a real possibilidade de atendimento. De

fato, o que se observa é a carência da rede de atenção psicossocial de ampliação dos recursos humanos e financeiros capazes de propiciar a prestação de um serviço fortalecido e articulado.

Outro importante instrumento do novo modelo de atenção à saúde mental são os Serviços de Residências Terapêuticas criados em fevereiro de 2000 mediante a Portaria do Ministério da Saúde nº 106. Como o próprio nome já diz, consistem em residências constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, e ajudá-las em seu processo de reintegração a comunidade. O art. 2º dessa Portaria define que esses serviços são uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada.

Essas residências permitem que os portadores de transtornos mentais se reinsiram nas comunidades e recuperem atividades básicas de autonomia resgatando suas individualidades, como: cuidados pessoais, higiene, uso de transporte público, consciência do uso e da manipulação de seus medicamentos, administração de finanças e, até mesmo, a conquista de empregos.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, os membros da Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial questionaram a existência, ainda, de muitas pessoas em condição de longa internação, aquém de seus direitos de condição de cidadãos. Pleitearam a criação de moradias e de projetos culturais, a ampliação do número de usuários do Programa de Volta para Casa, investimento em programas de capacitação para os profissionais da área de saúde, de modo a alcançar todos aqueles que fazem uso da rede de saúde mental. Trataram, ainda, mais especificamente, da necessidade de interrelação permanente do sistema de justiça com o sistema de saúde de modo a garantir às pessoas em cumprimento de medida de segurança um amplo acesso aos serviços de assistência em saúde mental.

Atentando-se para essas inadequações da execução da medida de segurança, importantes normas foram editadas visando a adaptação da atenção à saúde mental, no sistema prisional à lei n. 10.216/2001.

Em abril de 2002 foi publicada a Portaria n.º 628 formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça que, pela primeira vez, aprovando o Plano Nacional de Saúde para o

Sistema Penitenciário, reconheceu a população confinada em presídios e manicômios judiciários como uma clientela sobre responsabilidade também da área da saúde.

A Portaria Interministerial nº 1.777 de setembro de 2003, também fruto da integração dos Ministérios da Saúde e da Justiça, instituiu o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP), estabelecendo que a atuação das equipes de saúde dos HCTPs ou Alas de Tratamento Psiquiátrico deve ser pautada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Mais recentemente foi editada a Portaria Interministerial nº 1, entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, de janeiro de 2014, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), objetivando garantir o acesso dessas pessoas ao cuidado integral no SUS, qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça, além de promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal.

Outras importantes portarias, editadas pelo Ministério da Saúde também em janeiro de 2014, foram as de número 94 e 95 que tratam do Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Vinculado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), o referido serviço será composto pela Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP), que deverá ser constituída por equipe interdisciplinar, composta por cinco profissionais com diferentes formações, tendo por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei na rede de atenção a saúde.

Para execução dessa política, um Grupo Condutor Estadual deverá ser constituído. A instituição no estado da Bahia desse Grupo se deu através da Portaria Conjunta nº 1 entre a Secretaria da Saúde do Estado Da Bahia (SESAB) e a Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização (SEAP), de junho de 2015. O referido grupo, que ainda se apresenta em formação, sem grandes atuações práticas concretas, objetiva efetivar a implantação e implementação da PNAISP no estado da Bahia.

Todas essas Portarias foram editadas visando compatibilizar o processo de execução penal às diretrizes alcançadas no campo da reforma psiquiátrica. Contudo, de nada adiantam se não forem implementadas na prática através de projetos concretos e de uma rede de saúde extra-hospitalar que instrumentalizem os objetivos de uma medida de segurança mais humanitária. Infelizmente essa rede ainda é deficitária para abarcar a demanda daqueles que dela dependem. Nessas disputas por vagas e por assistência, em regra, o portador de sofrimento mental em conflito com a lei acaba sendo mais uma vez renegado a uma condição de esquecimento.

Seguindo os novos parâmetros da reforma psiquiátrica, duas experiências se comprometeram a efetivar uma política de reorientação da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delito. O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator – PAI-PJ, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que, composto por uma equipe intersetorial, pautada no respeito à singularidade de cada indivíduo e em um projeto de atenção integral, realiza a execução da medida de segurança de forma vinculada a rede de saúde pública, devolvendo ao portador de sofrimento mental em conflito com a lei a sua condição de cidadão. No mesmo sentido, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator – PAiLi, efetivado em julho de 2006, no estado de Goiás, direciona-se para a promoção de um projeto terapêutico individualizado em face das pessoas submetidas à medida de segurança, possibilitando a elas um acolhimento integral nos serviços de saúde pública e no Sistema Único de Saúde (SUS).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se a existência de uma prática de segregação, subjacente às medidas de segurança, especialmente na sua forma de internação, que não respeita os limites impostos pelos princípios penais, tampouco aqueles que regem o direito sanitário e o cuidado do portador de sofrimento mental.

A aplicação desse instituto mantém-se aquém do novo modelo de assistência psicossocial, introduzido pela Lei nº 10.216 de 2001, fruto da Luta Antimanicomial iniciada no Brasil na década de 70. Os atuais Hospitais de Custódia e Tratamento não são aptos a

consagrar as novas diretrizes pensadas para o campo da saúde mental, mas não apenas eles. A legislação penal em torno da medida de segurança implica uma frustração dos seus fins terapêuticos, bem como dificulta a reinserção dos indivíduos que se encontram institucionalizados, sujeitos a longas internações. Todo o aparato jurídico penal ainda legitima uma intervenção sem limites do Estado pautado em um discurso predominado pelo ideal de defesa social em detrimento dos direitos de uma minoria que carece de cuidados.

Não existe solução simples para o problema, o tema do portador de sofrimento mental em conflito com a lei se constitui hoje como uma matéria complexa, abarcando dificuldades atinentes a áreas díspares. A questão gira em torno da necessidade de revisão da legislação penal, para que esta se adeque as novas ideologias acerca da saúde mental e repense postulados ultrapassados, violadores dos direitos desses indivíduos e que ainda sustentam o processo de execução das medidas de segurança.

Contudo, é preciso também destacar a necessidade de maior investimento e comprometimento estatal na construção e ampliação da rede de atenção psicossocial. Em que pese à evolução no modelo de atenção à saúde mental caracterizado pela implantação de instrumentos inovadores como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, as Emergências Psiquiátricas em Hospital Geral e o Programa de Volta para Casa, ainda se observa uma defasagem de orçamento público direcionado a essa área, a precariedade nos atendimentos de urgência, o déficit de profissionais da área de saúde na rede pública, entre outros problemas que impedem a efetivação de um serviço humanitário, capaz de garantir assistência adequada e cidadania às pessoas com transtornos mentais.

O direito a saúde, previsto no art. 196 e seguintes da Constituição Federal é direito de todos e dever do Estado, sua fruição, portanto, não pode ser cerceada de indivíduos em razão única e exclusiva destes estarem em conflito com a lei penal. Por isso, também, não há como se pensar uma reestruturação desse instituto sem passarmos por uma reconstrução do modo de enxergar o portador de sofrimento mental. Mudar o caráter da medida de segurança como mero mecanismo de exclusão e controle, passa pelo processo de mudar a forma que toda a sociedade encara a loucura. Ou seja, rever os paradigmas de aplicação da medida de

segurança implicam uma corresponsabilidade entre Estado (administrador e juiz) e a comunidade como um todo.

BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.1, n.1, p. 61-77, 1994. In: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte; Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BRUNO, Aníbal. **Periculosidade Criminal e Medida de Segurança**. Editora Rio – Sociedade Cultura Ltda.; Rio de Janeiro, RJ; 1977.

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

Conselho Federal de Psicologia. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial Por uma IV Conferência Antimanicomial: contribuições dos usuário /. - Brasília: CFP, 2010. 46 p

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. João Pessoa: 2007. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

MATTOS, Vírgilio de. **Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. Rio de Janeiro; Revan; 2006.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. In: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

SILVA, Haroldo Caetano da. **Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano; São Paulo; v. 20, n. 1, p. 112-115; abr. 2010.



Direitos Humanos, Ética e Dignidade

18 a 24 de outubro de 2015

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro. In: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003