

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
ESPECIALIZAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

RUI DE ALMEIDA

**ORDEM PSIQUIÁTRICA E DIREITO: A REFORMA LEGISLATIVA DE 2001 COMO
UM NOVO PARADIGMA JURÍDICO EM POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL**

**CURITIBA
2013**

RUI DE ALMEIDA

**ORDEM PSIQUIÁTRICA E DIREITO: A REFORMA LEGISLATIVA DE 2001 COMO
UM NOVO PARADIGMA JURÍDICO EM POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada à disciplina de Metodologia de Pesquisa como requisito para obtenção do título de Especialista em Sociologia Política. Curso de Pós-Graduação em Sociologia Política, Departamento de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Eugenio Pereira.

**CURITIBA
2013**

Para Sophia

Os pacientes no Manicômio (Franco da Rocha) se amontoam em dormitórios infectos e apertados (...). O tratamento psiquiátrico é uma ficção: os médicos dedicam em média cinco minutos a cada paciente por mês. Como a recuperação é inexistente, o único horizonte tranquilo é a morte.

As vacas de qualquer estábulo moderno são tratadas com mais humanidade.

PINHEIRO, Paulo Sérgio. 1984. *Uma cloaca psiquiátrica*, p. 136/137. In: *Escritos indignados*. São Paulo: Brasiliense.

RESUMO

O tema abordado nesse estudo bibliográfico pertence à Sociologia Política, mais precisamente às políticas públicas. Respeitando esse critério, procurou-se introduzir o tema da loucura/doença mental como resultado das estratégias desenvolvidas ao longo do tempo, desde os questionamentos trazidos à baila pela Antipsiquiatria até mais recentemente pela Luta Antimanicomial. Desses embates, no Brasil, surgiu a Lei 10.216/01. A partir dessa legislação a loucura passou a fazer parte efetiva da agenda política em saúde mental, tanto a civilmente implicada, como a penalmente sentenciada. Explicitam-se as expertises desenvolvidas tanto na esfera civil como na penal. Propugna-se pelo novo paradigma pretendido, humanização no tratamento com o mínimo de ingerência estatal e privada, no que tange à obrigatoriedade de internamento, especialmente para o louco (civil). Do outro lado o doente mental (criminal) padece de uma nova compreensão sobre o texto da lei de 2001, e de revisão das leis criminais, notadamente, o Código Penal. Isto ocorrendo, poderá também se beneficiar das novas abordagens no enfrentamento às aflições da loucura/doença mental.

Palavras-chave: políticas públicas; reforma psiquiátrica; loucura; doença mental.

ABSTRACT

The issue addressed in this bibliographic study belongs to Political Sociology, in the field of public policies. In order to preserve this criterion, there was an attempt to introduce the issue of madness/mental disorder as the result of the strategies developed over the years, from the early inquiries made by the Anti-psychiatry Movement to the most recent struggle of the Anti-asylum Movement. In Brazil, Law 10.216/01 was enacted because of these arguments. From the moment this particular law was passed, madness has become an effective part of the political agenda in the field of mental health, referring to both civil and criminal circuits. The expertise developed in both civil and criminal circuits is clearly explained. There comes some struggle for the new paradigm proposed, which consists of humanization in the treatment with a minimum of private and state intervention, especially for the ones considered mentally ill in the civil circuit. However, those considered mentally ill in the criminal circuit are in need of a new interpretation of the law issued in 2001, and some kind of review of the criminal laws, especially the Criminal Code. Once it happens, one will be able to benefit from these new approaches while facing the afflictions of madness/mental disorder.

Keywords: public policies; psychiatric reform; madness; mental disorder.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO	07
1 ESCORÇO HISTÓRICO DA LOUCURA NO MUNDO	09
1.1 DA TOLERÂNCIA À EXCLUSÃO E AO ENCARCERAMENTO.....	09
1.2 A LOUCURA COMO SUBSTITUTA DA LEPRA.....	10
1.3 DE LOUCO A LOUCO CRIMINOSO.....	14
1.4 O LOUCO NO PARANÁ: OS PRIMEIROS APONTAMENTOS.....	15
2 COMENTÁRIOS A RESPEITO DO LOUCO SOB CUSTÓDIA DA JUSTIÇA CRIMINAL – AS DEBATIDAS MEDIDAS DE SEGURANÇA	18
2.1 LOUCURA E CRIME: A SAÚDE MENTAL SOB O ENFOQUE JURÍDICO....	18
2.1.1 De louco a louco perigoso: O encarceramento.....	18
2.1.2 Estratégias de suavização e manutenção do encarceramento.....	19
2.2 ABORDAGENS ESTRITAMENTE PENAIIS PARA A SAÚDE MENTAL.....	21
2.2.1 Embriaguez ou intoxicação completa involuntária.....	21
2.2.2 Insanidade mental.....	21
2.2.3 Superveniência de doença mental.....	22
3 POLÍTICAS PÚBLICAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE 2001 COMO UM NOVO PARADIGMA JURÍDICO EM SAÚDE MENTAL	24
3.1 VISÃO PANORÂMICA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS: ASPECTOS TEÓRICOS.....	24
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E LOUCURA: UM NOVO PARADIGMA.....	27
3.2.1 Um caso paradigmático: Ximenes Lopes <i>versus</i> Brasil.....	27
3.2.2 Política pública setorial: A saúde mental em pauta.....	29
3.2.3 As perspectivas de desinstitucionalização.....	31
CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	38
ANEXO	40

INTRODUÇÃO

O texto apresentado à apreciação dos professores-examinadores da Universidade Federal do Paraná, mais precisamente ao Setor de Pós-Graduação em Sociologia Política, foi construído em 03 capítulos: 1. Escorço histórico da loucura no mundo; 2. Comentários a respeito do louco sob custódia da justiça criminal – as debatidas medidas de segurança; 3. Políticas públicas: A reforma psiquiátrica de 2001 como um novo paradigma jurídico em saúde mental. Buscou-se um encadeamento lógico que, partindo das concepções antigas, passando pelo surgimento do direito penal, atingisse as interpretações mais recentes como as da lei da reforma psiquiátrica de 2001.

A lei da reforma psiquiátrica de 2001 veio promover uma mudança radical na forma de se encarar a pessoa com transtornos mentais, seja louco ou doente mental, podendo ser na esfera civil ou na penal.

Inicialmente, faz-se necessário diferenciar loucura de doença mental. Distinção nem sempre feita em trabalhos acadêmicos, sendo preferível neste estudo, a utilização do vocábulo loucura ao invés de doença mental, levando-se em consideração ao exposto na obra: Estudos sobre a loucura (Brum, 2002, p.18). Entende o autor que doença mental é um termo inespecífico, dotado de uma carga de ambiguidade, isso de maneira geral, tanto entre as pessoas leigas, como no mundo acadêmico. Loucura, apesar de também possuir diversidade semântica, guarda mais unidade, notadamente entre os especialistas. Esta será a razão do uso de loucura na maior parte da exposição desta monografia.

Adota-se, alternativamente, a terminologia doença mental quando se refere à legislação penal, notadamente, o Código Penal, pois esse diploma legal utiliza a expressão doença mental quando determina a aplicação da medida de segurança, tema abordado por este estudo bibliográfico no capítulo 2.

Independentemente de qualquer posição que se possa tomar quanto à função da pena, o fato é que as sociedades humanas sempre puniram aquele que se desviou do “normal”, do socialmente aceitável. Durkheim afirma que o crime é normal, por que é produto de relações humanas que inevitavelmente, serão boas ou más, aceitáveis ou não, tudo dependerá da norma vigente.

A história da humanidade constitui-se de permanentes conflitos entre os diversos grupos que a compõem. Nos últimos séculos ocorreram duas grandes guerras mundiais com destruição jamais imaginada pela mente humana.

Como se pode ver é difícil regular interesses de grupos, povos, nações. Da mesma forma, conciliar interesses privados constitui tarefa árdua. Nesse sentido, o instituto da medida de segurança surge como um instrumento mediador entre as antigas concepções de mera punição e as mais recentes, que preconizam um tratamento mais humanizado e diferenciado para o louco. Assim, não se busca o castigo, mas a compreensão do estado de pessoa com especial necessidade. Apesar disso, o caráter da medida de segurança é sancionatório, por entender que havia um mínimo de discernimento necessário para se perceber e conseqüentemente se evitar o resultado danoso.

O presente estudo bibliográfico procura por em relevo a importância de políticas públicas, como a disposta na lei da Reforma Psiquiátrica, apontando para um novo paradigma de tratamento, sem punição nem encarceramento, aos poucos, sem criminalização. Busca-se fugir do eufemismo jurídico das medidas de segurança que permitem a absolvição imprópria, mas encaminham o louco para um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, os antigos manicômios judiciários, podendo o indivíduo (interno) permanecer confinado até 30 anos.

Na Era dos Direitos, em que se vive, faz-se mister lançar constantes luzes sobre questão tão polêmica, porém pouco debatida. Assim, vislumbra-se a necessidade de melhor compreensão sobre o tema da loucura, seja na esfera civil ou penal, levando-se em conta, sempre, o Estado Democrático de Direito.

1 ESCORÇO HISTÓRICO DA LOUCURA NO MUNDO

1.1 DA TOLERÂNCIA À EXCLUSÃO E AO ENCARCERAMENTO

Traçando-se um painel sobre a história da loucura percebe-se que sempre houve uma diferenciação na maneira de se tratar àquele que demonstrava uma manifestação psíquica fora do que se considerava padrão de normalidade. Entretanto, ocorria uma convivência relativamente harmoniosa entre as pessoas ditas normais e o louco, não se conhecendo formas de punição que promovessem uma distinção significativa entre as partes.

Segundo apontamentos colacionados (GARCIA, 1979, p. 02/03), no direito romano o crime era visto como todo fato que contivesse dolo (*dolus*), enquanto a inexistência de intenção (*sine dolo*) era considerada mero acidente, sendo que os menores de 07 anos (*infantes*) também eram isentos de pena, enquanto os que estavam entre 14 anos (*impúberes*) e aqueles que tivessem menos de 15 anos (*minores*) eram parcialmente imputáveis. Essa relação aparentemente harmoniosa sofre seus primeiros abalos ao se introduzir a ideia de que se deve tratar/excluir o louco, mesmo que não tenha cometido nenhum crime. Fenômeno que Foucault denominou de exclusão social:

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos. (...) Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra (FOUCAULT, 2007, p.09).

Com essa nova compreensão de que o louco deve ser excluído, inicia-se o período denominado de grande internamento, isso por volta do século XVII, tendo por finalidade, silenciar a loucura e acabar com as ociosidades:

Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastantes diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação à

ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de “alteração” (FOUCAULT, 2007, p. 78).

A prisão concretiza a era do encarceramento como se compreende e como se institucionalizou nos dias atuais. Criada a partir da idade moderna a ideia de prisão que permanece até os dias de hoje tem a ver com a ressocialização como fim útil, “assim, a prisão é um instrumento de recrutamento dos delinquentes para o exército. É para isso que ela serve. Há dois séculos se diz: a prisão fracassa, já que ela fabrica delinquentes. Eu diria, de preferência: Ela é bem sucedida, pois é isso que lhe pedem” (FOUCAULT, 2012, p. 33). Porém, punição não era a meta e sim, o confinamento, “uma vez que o custodiado ainda não foi julgado e sentenciado” sendo o preso, “libertado, banido ou morto” (MORAES, 2005, p. 131/137).

Hoje a prisão representa a pena, a punição. Punição ao lumpemproletariado, ao exército industrial de reserva, a todo aquele que está marginalizado pelo sistema capitalista. Terminologias marxistas, anacrônicas para alguns, mas que acusam injustiças ainda não devidamente equacionadas pelos detentores do poder, sejam de esquerda ou de direita.

1.2 A LOUCURA COMO SUBSTITUTA DA LEPRA

Entre o fim do século XVII e início do XVIII contempla-se a loucura como uma nova forma de controle social; como um dos componentes da moderna configuração de uma nova *episteme*, esta entendida como um conjunto de variadas compreensões que permitem ou não determinado discurso se manifestar ou permanecer em uma dada coletividade. A seguir duas posições esclarecedoras de Foucault:

Por *episteme* entende-se, na verdade, o conjunto das relações que podem unir, em uma dada época, as práticas discursivas que dão lugar a figuras epistemológicas, a ciências, eventualmente a sistemas formalizados. (...) A *episteme* não é uma forma de conhecimento, ou um tipo de racionalidade que atravessando as ciências mais diversas, manifestaria a unidade soberana de um sujeito, de um espírito ou de uma época; é o conjunto das relações que podem ser descobertas, para uma época dada, entre as ciências, quando estas são analisadas no nível das regularidades discursivas (FOUCAULT, 1987, p. 217).

Um conjunto indefinidamente móvel de escansões, defasagens, coincidências, que se estabelecem e se desfazem. A *episteme*, ainda, como conjunto de relações entre ciências, figuras epistemológicas, positivities e práticas discursivas, permite compreender o jogo das coações e das limitações que, em um momento determinado, se impõe ao discurso (FOUCAULT, 1987, p.217).

Assim, compreende-se a loucura como um dado existente, mas que se torna visível e estigmatizado na idade moderna, quando em cotejo com os demais “campos indefinidos de relações” (FOUCAULT, 1987, p. 217), que no seu conjunto acabam determinando a tônica do discurso de uma dada sociedade em um certo período histórico. As citadas ordens concedidas pelo rei, ou *lettres de cachet* recaíam sobre o familiar contra o qual se fazia o requerimento. Os motivos eram diversamente variados, podendo ser: “pais dissipadores ou devassos, filhos pródigos, herdeiros incapazes de gerir sua parte, todas essas formas de deficiência, desordem ou conduta errônea (...) estão agora na dependência dessa jurisdição familiar” (FOUCAULT, 2007, p. 442).

Na leitura da obra foucaultiana retira-se a informação de que a loucura é a substituta da lepra, e não as doenças venéreas (Foucault, 2007, p. 08), pois toda época tem que ter sua marca, seu modelo de pensamento, o da lepra extinguiu-se por volta do início século XVIII:

Afinal de contas, parece-me que o modelo “exclusão dos leprosos”, o modelo do indivíduo expulso para purificar a comunidade, acabou desaparecendo, *grosso modo*, em fins do século XVII – início do século XVIII. (...) Parece-me, que no fundo, no que diz respeito ao controle dos indivíduos, o Ocidente só teve dois grandes modelos: um é o da exclusão do leproso; o outro é o modelo da inclusão do pestífero (FOUCAULT, 2002, p. 55).

Na lógica foucaultiana a peste não se constitui como uma exclusão propriamente dita, “trata-se de quarentena. Não se trata de expulsar, trata-se ao contrário de estabelecer, de fixar, atribuir um lugar, de definir presenças controladas. Não rejeição, mas inclusão” (FOUCAULT, 2002, p. 57). Para o autor a peste cria uma demarcação que estabelece quem está doente e quem está em condições de sobreviver, de manter a espécie.

Assim, com as novas descobertas para a lepra, se não trazendo a cura, mas minimizando os transtornos e possibilitando novos tratamentos, e a não estigmatização da peste como modelo de exclusão. O louco que não vinha sofrendo ataques mais consistentes por parte da população e dos dirigentes das sociedades de então, passa a ser inoculado nos asilos juntamente com os leprosos, e posteriormente, com absoluta exclusividade.

Na idade antiga, a loucura era tratada com certa indiferença em relação aos atos do louco. Este era visto apenas como um ser místico, portador de mistérios

divinos, segundo Erasmo, “Deus escondeu mesmo dos sábios o mistério da salvação, com isso salvando o mundo através da loucura” (FOUCAULT, 2007, p. 32). Na era medieval ela ocupa o lugar de contraponto à prudência, ocupando um “lugar modesto” na “hierarquia dos vícios” (FOUCAULT, 2007, p. 22/23).

O grande estigma passou a ser realçado no tratamento com o louco a partir do século XII, quando surge a *Narrenschiff* (nau dos loucos) e se inicia o tempo das exclusões que desembocarão na grande internação do século XVIII. É a partir daqui que se pode falar numa mudança efetiva de postura frente à loucura, e esta como solução para o desaparecimento da lepra, enquanto referência de punição para os considerados fisicamente inaptos para o convívio em sociedade.

Nesse contexto, século XVIII, surge a grande internação, fenômeno não mais preocupado com a miséria, pois esta, “perdeu seu sentido místico” (FOUCAULT, 2002 p.62), e desta forma, atribui-se à loucura o papel de concentrar em si toda a nova *episteme* posta à disposição da relação de poder no mundo do iluminismo:

Esse é o primeiro dos grandes aros nos quais a era clássica irá fechar a loucura. Existe o hábito de dizer que o louco da Idade Média era considerado como uma personagem sagrada, porque possuído. Nada mais falso. Se era sagrado é porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria (FOUCAULT, 2007, p. 62).

A loucura transformada em doença mental. A *episteme* política, cultural, que modifica a condição do louco no mundo; de simples elemento portador de um enigma a indivíduo perigoso, infame, que, portanto, deve ser excluído, e, posteriormente enclausurado nos distantes e assustadores manicômios, comuns ou judiciários. Outra passagem significativa da História da Loucura:

(...) a loucura é arrancada a essa liberdade imaginária que a fazia florescer ainda nos céus da Renascença. Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o rei Lear, era Dom Quixote. Mas em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e a suas noites monótonas (FOUCAULT, 2007, p. 78).

Grande contribuição para o isolamento do louco se deve a própria família. As *lettres de cachet* constituíam uma ordem real concedida à família que a requeresse

para internamento do parente, bastando para isso, apenas algumas pequenas formalidades que os intendentos deveriam tomar tal qual como se segue:

As precauções que os senhores tomassem a respeito dos seguintes pontos nunca seriam demais: primeiro, que os memoriais sejam assinados pelos parentes paternos e maternos mais próximos; segundo, anotar aqueles que não assinaram e as razões que os impediram de fazê-lo (FOUCAULT, 2007, p. 442).

Os outros enclausuramentos, isto é, a maioria dentre eles, eram efetuados a partir de uma “ordem do rei” ou *lettre de cachet*. Essa ordem era outorgada por intermédio do ministro da Casa real, por iniciativa da autoridade pública ou por iniciativa das famílias (CASTEL, 1978, p. 23).

Na compreensão foucaultiana a nau dos loucos representa a síntese de uma época, em que a ignorância legitimou tanta crueldade, portanto, na modernidade de então, ou na questionável pós-modernidade em que vivemos não se deveria recorrer a mitos que pelo esclarecimento atual, já deveriam estar varridos do imaginário das pessoas. Depreende-se que tudo contribuiu ou, de certa maneira, foi direcionado para que a era da lepra fosse substituída pelo novo paradigma da loucura, como padrão de uma época que persiste até nossos dias.

Caracteriza-se esse novo período por uma nova forma de se pensar o outro; o diferente como sendo objeto e não sujeito do seu próprio destino. Ser coisificado, instrumentalizado, que não tem direito nem mais aos seus inocentes desatinos. Dentro dessa visão se insere a figura do louco em substituição ao leproso, passando a receber todos os holofotes do espetáculo da era clássica.

No contexto acima, está-se diante do padrão da modernidade. Agora impera a razão, e a loucura é vista como desrazão. Para Descartes a loucura está “ao lado do sonho e de todas as formas de erro” (FOUCAULT, 2007, p. 45). O louco não encontra mais espaço nesse mundo de certezas, “sim por que eu, que penso, não posso estar louco” (FOUCAULT, 2007, p. 46). Apoiados na concepção vigente das *lettres de cachet*, e da visão do trabalho em oposição ao ócio surge a internação como resposta “racional” ao problema em que se depararam as autoridades da época:

Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os

signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade (FOUCAULT, 2007, p. 64).

O novo sistema econômico que se levanta para legitimar as trocas pelo mundo, agora é o capitalismo. Não é esse novo modo de intercambiar as mercadorias e serviços que gera o ocioso e o louco, mas é através dessa nova concepção que se percebe que esses atores existiam e que não eram produtivos, portanto não satisfaziam a lógica de consumo e acumulação que se instituiu a partir do século XVIII. Nascem as fábricas e se tem a primeira revolução industrial. Rapidamente o que moverá o mundo será a produção em série e o trabalho coletivo e assalariado. Não há espaço para os personagens em pauta: pobre (ocioso) e louco (desrazão).

Abre-se o caminho para a modernidade fulcrada na razão cartesiana, e como exposto acima, num mundo sob essa nova configuração não há espaço para os personagens em pauta: pobre (ocioso) e louco (desrazão). O caminho acabou sendo o encarceramento (prisão) para o primeiro e o internamento (manicômio) para o segundo.

1.3 DE LOUCO A LOUCO CRIMINOSO

O louco já era tratado como desviante, como pessoa que deveria ser evitada, mas em Curitiba e no Brasil, ele só veio a ser efetivamente rotulado como perigoso após o Código Penal de 1940, que instituiu as medidas de segurança. Poderia ter cometido um crime ou um “quase-crime”, e era submetido a processo judicial nos termos do artigo 549 do Código de Processo Penal de 1941 - revogado pela Reforma do Código Penal de 1984. Apesar de toda legislação, em Curitiba, o louco criminoso só passou a ter um local adequado para sua inoculação em 1969, quando se inaugurou o Complexo Médico-Penal. Tal instituição funciona até os dias atuais na cidade de Pinhais.

Inicialmente recebeu a denominação de Manicômio Judiciário do Estado, isto de 1969 a 1994. Foi então que anexado ao Hospital Penitenciário passou a ser designado de Complexo Médico-Penal¹. Uma tentativa de retirar a estigmatização que recai sobre os internos desse tipo de instituição. O tempo mostrou que a boa

¹ Informações coletadas diretamente pelo autor, Assistente Jurídico do Complexo Médico-Penal.

intenção não surtiu quase nenhum efeito, pois além de loucos ou doentes como são designados pelo Código Penal, são tratados como criminosos, tanto pelo corpo de funcionários, especialmente os agentes penitenciários, como pelas pessoas da sociedade em geral.

O Manicômio Judiciário caracteriza-se por ser muito mais do que simplesmente uma instituição total, é também, uma prisão. Isto implica em grades, uso de algemas, presença da polícia militar para segurança externa, e agentes penitenciários para fazer a vigilância interna e efetuar a punição. Enfim, constitui uma unidade de regime fechado do Sistema Penitenciário do Paraná. O interno precisa da alta médica (cura ou melhoria das condições) e o parecer favorável da Comissão Técnica de Classificação (art. 175 da lei de execução penal), mas também só deixa as dependências manicomialis com o devido alvará judicial, o que demarca a judicialização penal do tratamento.

1.4 O LOUCO NO PARANÁ: OS PRIMEIROS APONTAMENTOS

Surge em Curitiba, em 1903, o Hospital Nossa Senhora da Luz. Engendrado com a finalidade de promover uma higienização na cidade que crescia e tomava ares de metrópole da terra das araucárias. A ideia era retirar de circulação toda pobreza que por ela circulava. Desta forma, a figura do louco foi contemplada, e se pretendia, não apenas excluí-lo, mas tratá-lo e se possível curá-lo. O que era no princípio um problema de ordem pública passa-se ao domínio médico (OUYAMA, 2010, p. 143-172), no dizer de Foucault, juizes anexos, e isso, ainda, na esfera administrativa. Meio século depois, apareceriam as primeiras legislações de caráter penal.

A localização do prédio é a mesma onde esteve situado o Presídio do Ahú, recentemente desativado pelo poder público. Quatro anos depois de inaugurado nesse endereço, o hospício mudou-se para a Avenida Marechal Floriano no bairro Prado Velho, onde permanece com suas atividades até os dias atuais.

Diversamente do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, D. Pedro II, construído na cidade do Rio de Janeiro, com a participação da classe médica, o hospício paranaense, segundo Ouyama (2010, p.154/155) teve apenas a intenção de promover segurança à população. Assim, participaram de sua elaboração a imprensa, setores da Justiça e da Polícia. Na experiência paranaense ficaram

afastados os médicos, porém serão eles os principais agentes na execução das práticas implementadas no interior da unidade hospitalar:

O surgimento desses novos agentes no cenário da loucura, como operadores práticos na lida com a doença mental, demarca, a nosso ver, a emergência das práticas psiquiátricas no Paraná. Daí a importância de analisar o Hospício Nossa Senhora da Luz como o próprio palco em que se desenvolveram as lutas e estratégias da Psiquiatria nascente, sendo importante para entender a constituição da institucionalização da loucura no Paraná (OYAMA, 2010, p. 167).

O princípio motivador foi o da inoculação do diferente e o da higienização da então provinciana capital do Paraná, sem que se concedesse atenção aos ideais sanitaristas, ao menos em seus primórdios. Diversos hospitais foram construídos após a primeira experiência do Hospital Nossa Senhora da Luz ao longo dos anos, mas no Paraná em se tratando de hospital de custódia, só existe o Complexo Médico-Penal situado na cidade de Pinhais, região metropolitana de Curitiba.

Desta forma, todos os réus que são considerados inimputáveis no decorrer do processo judicial acabam sendo removidos para a unidade de Pinhais. Isto dificulta demasiadamente as visitas dos familiares dos internos das comarcas do interior, aproximadamente 80% da população. Decisão política ou mesmo de ordem administrativa poderia resolver essa questão. Bastaria a criação de novos hospitais de custódia pelas comarcas do Estado (descentralização). Porém, isso implicaria em recursos financeiros que nem sempre são destinados para tais demandas, em outras palavras, politicamente não é interessante.

Enquanto essa situação não é resolvida, persistem as romarias das famílias até a capital do Estado, representando uma inversão no que as *lettres de cachet* impuseram. No passado as famílias contribuíram com a exclusão, agora sofrem com o papel de manutenção ou reintegração das relações afetivas. Vive-se um período de esgarçamento dos laços afetivos o que tende a inviabilizar as reinserções no seio das famílias, haja vista que muitos dos crimes praticados são contra integrante do grupo familiar ou de referência.

As visitas são possíveis quando há meios financeiros suficientes, do contrário aumenta-se o percentual de internos sem alta social que acabam sendo enviados para instituições particulares (institucionalização), quando possuem recursos para custodiar a estadia. A alternativa para os que não possuem poder econômico é a permanência no hospital de custódia (ilegalidade).

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou em 05/07/11 uma Recomendação para que as pessoas internadas em medida de segurança, sempre que possível, cumpram seus tratamentos em regime aberto. Esta posição é francamente em consonância com a política antimanicomial e com a lei 10.216/01. O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) publicou em 30/07/10 a Resolução 04/10 recomendando a adoção da política antimanicomial aos internos em medida de segurança, cumprindo-se os ditames da lei da reforma psiquiátrica. Por ora, Hospitais Psiquiátricos, comuns e judiciários, continuam com suas atribuições, mas se a lei de 10.216/01 fosse integralmente aplicada, nos últimos 10 anos de sua vigência, a tendência é que estaríamos muito próximos da desativação das instituições totais, pois implicitamente é o que a lei propugna (art. 4º lei 10.216/01) ao determinar que o internamento deve ser a *ultima ratio*.

2 COMENTÁRIOS A RESPEITO DO LOUCO SOB CUSTÓDIA DA JUSTIÇA CRIMINAL – AS DEBATIDAS MEDIDAS DE SEGURANÇA

2.1 LOUCURA E CRIME: A SAÚDE MENTAL SOB O ENFOQUE JURÍDICO

Como paradigma no tratamento do louco, temos a legislação romana e as Leis de Manu, além do Código de Hamurabi. Embora fossem codificações muito rudimentares para os padrões atuais, pois previam até mutilações aos infratores, foram, no entanto, significativas para a compreensão do louco infrator ao longo da evolução histórica.

O Direito Canônico não imputava delinquência aos loucos, todavia aplicava sanções desumanas, supondo que eles fossem portadores de espíritos demoníacos, por isso eram encarcerados em masmorras, chegando-se mesmo a levá-los à morte.

No século XVIII, com Philippe Pinel, buscou-se uma reforma no tratamento do louco, visto que se fecharam os hospitais onde os internos eram mantidos sob portas fechadas, como se estivessem aprisionados, promovendo-se a transferência dessas pessoas para casas de tratamento em condições mais brandas, afastando-se a ideia de demonização para um enfoque moralista. Em outras palavras, o louco era um ser sem regras morais, para isso seria necessária a criação de um controle social.

2.1.2 De louco a louco perigoso: O encarceramento

Como citado no capítulo 1, o louco passa a ter novo tratamento. Vislumbra-se uma nova *episteme* como se depreende do discurso foucaultiano. Deixando de ser interessante para o sistema, o louco passa a ser desprezado por ele. Surge a grande internação e posteriormente o encarceramento.

A seguir confere-se ao direito penal o poder de arregimentar os indivíduos menos favorecidos economicamente e segregá-los nos lugares predeterminados: asilos, manicômios, prisões, etc. Nesse sentido, “procurou-se constituir no próprio interior das massas um pequeno núcleo de pessoas que seriam, se assim podemos dizer, os titulares privilegiados e exclusivos dos comportamentos ilegais. Pessoas rejeitadas, desprezadas e temidas por todo mundo” (FOUCAULT, 2012, p. 33). A ideia foi, além de inventar um lugar para depósito, criar-se uma:

(...) técnica de vigilância, de controle, de identificação dos indivíduos, enquadramento dos seus gestos, de sua atividade, de sua eficácia. E isso a partir dos séculos XVI e XVII, no exército, nos colégios, escolas, hospitais, ateliês. Uma tecnologia do poder apurado e cotidiano, do poder sobre os corpos. A prisão é figura última dessa era das disciplinas (FOUCAULT, 2012, p. 33).

Atualmente exige-se uma conduta criminosa combinada com a periculosidade do agente. Infere-se que a medida de segurança, pressupondo periculosidade, deve ser aplicada como substitutivo para a pena privativa de liberdade preservando-se a contrapartida estatal ao ato antinormativo. Funciona como uma modalidade de estigmatização do doente mental, embora, em tese, busque-se a proteção para que não ocorram os erros do passado na interpretação do comportamento do réu, vale dizer, busca-se evitar o puro encarceramento.

Em sua Gramática do Homicídio, Rouanet (1996, p. 93) sintetiza o pensamento foucautiano com relação ao tratamento dispensado ao louco: na primeira etapa prevalece a indiferenciação; na segunda, a segregação; e por último, que perdura até os tempos atuais, o asilo (instituição total).

Como se pode perceber, a noção de periculosidade estigmatiza o agente que pratica o delito, e por outro lado, quando devidamente aferida, serve como barreira protetiva para o restante da sociedade, bem como, um benefício social ao indivíduo portador de um transtorno mental, que na maioria das vezes, não possui recursos econômicos para custear um tratamento médico especializado.

Para tais pessoas, tem-se o “princípio da porta giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer” (FOUCAULT, 2002, p. 39). Entretanto, na legislação brasileira e em inúmeras outras, deve o réu ser submetido a tratamento psiquiátrico compulsório. Recebendo na prática, tratamento semelhante aos condenados, por vezes, dividindo o mesmo espaço com criminosos sentenciados a penas elevadíssimas em sistemas penitenciários abarrotados e desumanos.

2.1.3 Estratégias de suavização e manutenção do encarceramento

Desde 2000 tramita no Congresso Nacional, Projeto de Lei que busca alterar a atual percepção sobre os portadores de transtornos psiquiátricos, considerando tão somente a loucura e não a periculosidade como critério para a desinternação do

indivíduo em cumprimento de medida de segurança. Assim, terminado o prazo cominado em lei para o delito praticado, o interno sai em liberdade vigiada, independentemente de cura ou de prognose de periculosidade.

Conforme o Projeto, a internação e mesmo o tratamento ambulatorial devem ser realizados em estabelecimentos públicos, evitando-se os descasos com a pessoa do inimputável, abusos verificados em algumas instituições particulares. Esses estabelecimentos poderão ser utilizados quando a pena máxima cominada ao delito não for superior a 04 anos, isso associado à devida autorização do juiz da execução.

Atualmente o prazo previsto para a realização de exame de cessação de periculosidade para o indivíduo sujeito à internação, ou tratamento ambulatorial, é de 01 a 03 anos. O Projeto reduz significativamente para 06 meses a aferição da cessação da doença, possibilitando uma maior oportunidade para o levantamento da medida de segurança.

A crítica mais recorrente que se faz ao instituto da medida de segurança é a do seu caráter de perpetuidade, sem dúvida inconstitucional, por ferir cláusula pétrea e desrespeitar a dignidade da pessoa humana com tratamento desumano e degradante. Para resolver esse impasse, o Projeto prevê que a medida de segurança não poderá exceder ao prazo máximo cominado para o delito estipulado no tipo legal.

Outra crítica sempre presente nos escritos contrários ao instituto da medida de segurança, chegando mesmo a pedir sua eliminação do sistema penal, refere-se à impossibilidade de progressão de regime, do mais gravoso para o menos rigoroso.

Nesse sentido, o Projeto também inova, pois propõe na nova redação do artigo 97, a desinternação progressiva consistente em saídas temporárias da unidade para que o internado se acostume com a semiliberdade e preserve os vínculos familiares e sociais, para quando em liberdade vigiada possa ter a adaptação ao mundo externo facilitada. Tudo isso com o amparo e supervisão da instituição e com a realização da perícia médica para o desinternamento definitivo, caso não ocorra nenhum acontecimento que indique a necessidade de restabelecimento do tratamento nas mesmas condições anteriores previstas na sentença absolutória imprópria.

Para os integrantes da concepção antimanicomial tem-se que: “é verdade que é um drama se dar alta a uma pessoa que esteve num manicômio. Essa pessoa

passou anos e anos, internada, e agora deverá enfrentar aquela realidade que a rejeitou e a empurrou para o manicômio” (BASAGLIA, 1979, p. 30). Esta é a *via crucis* pela qual passa o profissional na hora de decidir pela desinternação ou não.

Por fim, o Projeto retira, pelo menos dos textos legais, o espectro do homem perigoso, construído pelo imaginário popular e por sociólogos e penalistas (Lombroso, Garofalo, Nina Rodrigues, Jakobs), e tão criticado por outros (Becker, Foucault, Goffman, Chomski, Zaffaroni), representantes ou alinhados com a chamada Criminologia Crítica; e pelos seguidores da Antipsiquiatria (Basaglia, Castel, Laing, Cooper, Szasz); também, acirradamente combatido pelos adeptos da desconstrução das medidas de segurança (Virgílio Mattos).

2.2 ABORDAGENS ESTRITAMENTE PENAIS PARA A SAÚDE MENTAL

2.2.1 Embriaguez ou intoxicação completa involuntária

A embriaguez acidental involuntária, derivada de caso fortuito ou força maior é uma das situações em que se pode invocar a exclusão da ilicitude da conduta, em consonância com o artigo 28 § 1º do Código Penal, não ficando o acusado sujeito à imposição de nenhuma sanção penal, considerando que o agente não pode entender o caráter ilícito de sua conduta.

Nesse caso a inimizabilidade, exculpante, não é geradora de medida de segurança, pois não há antijuridicidade na conduta do agente, no máximo pode ter ocorrido uma tipicidade, que se sabe, indiciária da antijuridicidade, porém, esta, não ocorreu. Em situações como a exposta, deve o magistrado reconhecer a inimizabilidade e absolver o réu no processo.

2.2.2 Insanidade mental

A exclusão de culpabilidade por inimizabilidade está prevista no artigo 26 do Código Penal e no seu § único, devendo ser aferida no incidente de insanidade mental, podendo ser completa (doença mental) ou incompleta (perturbação de saúde mental), desenvolvimento mental incompleto ou retardo. Esses últimos casos caracterizam a semi-inimizabilidade, cabendo ao juiz escolher a sanção mais condizente com o réu, pena ou medida de segurança. A definição de doença mental

tem sido uma tarefa de difícil consenso em sede de direito penal, na perspectiva de um enfrentamento do problema, observe-se o que ensina Bitencourt:

Pela redação utilizada pelo Código deve-se dar abrangência maior do que tradicionalmente lhe concederia a ciência médica para definir uma enfermidade mental. Por doença mental devem-se compreender as psicoses, e, como afirmava Aníbal Bruno, aí se incluem os estados de alienação mental por desintegração da personalidade, ou evolução deformada dos seus componentes, como ocorre na esquizofrenia, ou na psicose maniaco-depressiva e na paranoia; as chamadas reações de* situação, distúrbios mentais com que o sujeito responde a problemas embaraçosos do seu mundo circundante; as perturbações do psiquismo por processos tóxicos ou tóxico-infecciosos e finalmente estados demenciais, a demência senil e as demências secundárias (BITENCOURT, 2002, p. 308).

Incluem-se, também, nas causas de inimputabilidade os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas descritas no Código internacional de Doenças, CID - 10², da categoria F10 a F19. As substâncias podem ser lícitas como o álcool, ou ilícitas como as previstas no parágrafo único do artigo 1º da lei 11.343/06, a chamada lei de drogas.

A saúde mental do acusado constitui um dos critérios adotados nas sentenças absolutórias que aplicam medidas de segurança, isso com base nos artigos 26, 96 e 97 do Código Penal e artigo 386, VI, § único, III do Código de Processo Penal, não importando em qual estatuto repressivo está disposta a cominação penal.

2.2.3 Superveniência de doença mental

Após o processo penal em que o acusado for condenado a uma pena de reclusão ou detenção, pode o juiz da execução, de ofício, a pedido da autoridade administrativa ou do Ministério Público, converter a pena em medida de segurança (art. 183 da Lei de Execução Penal e art. 41 do Código Penal). Neste caso, o tempo mínimo será de 01 ano e computa-se o tempo de internamento para subtração do total da reprimenda corporal relativa à condenação.

O Superior Tribunal de Justiça, em sede de Habeas Corpus nº 41.419/SP, assim se manifestou em relatoria do Ministro Nilson Naves, conforme a ementa:

² CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID - 10. 1993. *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* – coord. organização mundial da saúde.

PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE (execução) – DOENÇA MENTAL (superveniência) – MEDIDA DE SEGURANÇA SUBSTITUTIVA – PRAZO DETERMINADO – COISA JUGADA. A duração da medida de segurança substitutiva imposta em razão da superveniência de doença mental não pode ultrapassar o tempo determinado para o cumprimento da pena privativa de liberdade, sob pena de ofensa à coisa julgada³.

Note-se que essa aplicação de medida de segurança constitui, na prática, e isso na execução penal, um resquício do sistema duplo binário. Isto por que o sentenciado imputável transforma-se em imputável, porém, permanecendo com as atribuições pertinentes à pena logo que cessada sua periculosidade. Um retrocesso, pois “a tendência moderna é no sentido de abandono do sistema do duplo binário” (FRAGOSO, 1985, p. 407), mas pouco lembrado pela doutrina e jurisprudência no caso da superveniência de doença mental.

Assim, tem-se que, na esfera criminal o louco não foi contemplado com os mesmos direitos atribuídos ao louco civilmente enquadrado. O fato é que deveria ter o mesmo tratamento. A lei é que não foi clara ou os legisladores não quiseram se fazer entender. Nesse sentido, com relação àqueles que defendem um abolicionismo geral, a luta continua.

A seguir, passa-se a abordagem das políticas públicas em saúde mental, tendo como referencial teórico, a lei da reforma psiquiátrica de 2001.

³ BRASIL. 2006. Superior Tribunal de Justiça. 6ª Turma, Habeas Corpus nº 41.419/SP.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA DE 2001 COMO UM NOVO PARADIGMA JURÍDICO EM SAÚDE MENTAL

3.1 VISÃO PANORÂMICA SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS: ASPECTOS TEÓRICOS

Impensável, mas até 2001 ano de sancionamento da lei da Reforma Psiquiátrica, carecia-se de uma norma nacional que efetivamente expusesse os anseios das categorias profissionais e daqueles que tanto se empenhavam para a criação de uma política pública que desse conta de todo esse arsenal de múltiplas reivindicações, fechando um ciclo e abrindo novas perspectivas para o tratamento mais digno de quem sofre uma dor invisível aos olhos do outro, mas que para si, é um transtorno paralisante e que pode se tornar num perigo social.

A política de saúde mental insere-se na área das políticas sociais, no setor de saúde, constituindo-se em direitos indivisíveis, ou seja, “homens e mulheres são sujeitos integrais desses direitos” (KAUCHAKJE, 2007, p. 77). Os comandos constitucionais previstos nos artigos 6º e 196 são claros ao definirem a responsabilidade estatal em relação à saúde pública. É desta forma que determinada demanda passa “a incorporar a agenda pública por conta das mobilizações de movimentos sociais” (KAUCHAKJE, 2007, p. 73).

Tudo em conformidade com a Constituição da República e com o ordenamento jurídico brasileiro, pois a forma federativa do Estado brasileiro não implica necessariamente em impedimento às realizações propostas, as desigualdades regionais é que causariam os transtornos (ARRETICHE, 2010, p. 588). A própria Arretiche enfatiza que a descentralização ocorrida no Brasil só não havia obtido sucesso em face da crise dos governos daquele período, que trocaram muito rapidamente de ministros das áreas sociais.

Desde o aparecimento das obras, História da loucura (FOUCAULT, 2007) e do Mito da doença mental (SZASZ, 1974), ambas publicadas em 1961, a doença mental vem sendo tratada como loucura, não mais como doença. O próprio “mestre” de Foucault, Louis Althusser, em sua autobiografia, O futuro dura muito tempo (1992), procura argumentar nesse mesmo diapasão, qual seja, a doença mental não existe, e sim, a loucura, algo mais transitório, passível de cura por se tratar de um episódio (ALTHUSSER, 1992, p. 34). Episódio que o próprio filósofo teria experimentado ao esganar sua companheira, isso no início da década de 80.

Em sua autobiografia, Althusser informa-nos que na França, pelo menos naquele período, qual seja 1980, o indivíduo que não pudesse responder aos atos praticados era impronunciado, internado e, em seguida, interditado. Compara seu escrito com o de Eu, Pierre Rivière, trazido a lume por Foucault (1992), mencionando os aparelhos ideológicos de Estado e sua importância para quem se propõe a entender o direito penal e a reclusão psiquiátrica (ALTHUSSER, 1992, p. 30). O dado da realidade subsume-se ao fato de que, seja loucura ou doença mental, o Estado tem que apresentar uma resposta à sociedade em forma de política pública, sendo esta, uma “forma contemporânea do exercício de poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade” (DI GIOVANNI, 2009).

As políticas públicas são influenciadas por diversas correntes teóricas, entre elas o Incrementalismo, que se manifesta com o mínimo de participação do atual gestor (governante). Assim, determinada demanda dificilmente pode ser afastada da agenda pública, para isso alegam-se múltiplas implicações, sobretudo, que sobre ela já houve uma decisão política, não sendo de bom alvitre uma mudança. Trata-se de uma aproximação ao Institucionalismo (SOUZA, 2006, p. 29). Sobre esse Institucionalismo pode-se afirmar que:

(...) está longe de ser coerente ou consistente e não está completamente legitimado, mas também não pode ser inteiramente ignorado. O ressurgimento dessa preocupação com as instituições é uma consequência cumulativa da moderna transformação das instituições sociais e do persistente comentário de seus observadores. As instituições sociais, políticas e econômicas tornaram-se maiores, consideravelmente mais complexas e cheias de recursos e, *prima facie*, mais importantes para a vida coletiva (MARCH; OLSEN, 2008, p. 121).

No modelo Institucional procura-se valorizar a tradição, os valores, dando relevância às construções levantadas anteriormente, desta forma, “as ações humanas, os contextos sociais e as instituições operam uns sobre os outros de maneiras complexas; esses processos de ação complexos e interativos e a formação de significados são importantes para a vida política” (MARCH; OLSEN, 2008, p.131). Não sendo esse o caso apregoadado pelo modelo do “novo gerencialismo público” (SOUZA, 2006, p. 34) que pode adotar o ajuste fiscal como uma saída técnica intransponível que inviabiliza determinadas propostas de política pública.

Como contraponto a todos esses modelos de elaboração e implementação de políticas públicas, temos a posição dos pensadores neomarxistas. Destaque para a concepção de que as políticas públicas são vistas como meros instrumentos a serviço do sistema capitalista, esse é que deve ser finalizado e não apenas reformado com medidas paliativas (POULANTZAS, 1986).

Pode-se compreender que todos esses modelos não passam de uma tentativa de melhorar as condições gerais de existência. Isso não quer dizer que da noite para o dia os “donos do mundo” tornaram-se bons, mas entenderam que seria insuportável a convivência com tamanha discrepância. Então, chegamos às propostas do *Welfare State*. No Estado Democrático de Direito, “é certo que o fenômeno do *Welfare State* sofreu incontestável expansão e até mesmo institucionalização no período do pós-guerra. É a partir de então que se generaliza e ganha dimensões quase universais nesses países um conjunto articulado de programas de proteção social, assegurando o direito à aposentadoria, habitação, educação, saúde, etc.” (ARRETCHE, 1995, p. 03).

Na essência, “quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”, brocardo criado por Lasswell (SOUZA, 2006, p. 24), é uma das melhores definições de políticas públicas que já se elaborou e todas as correntes teóricas explicitadas acima, exceto a Neomarxista, de uma forma ou de outra, tangenciam as máximas do mestre norte-americano.

Pesquisa de campo⁴ realizada em 2012, pelo próprio autor deste trabalho monográfico, nas dependências do Complexo Médico-Penal (CMP), nova denominação para o antigo Manicômio Judiciário do Paraná, registra que de um universo de 430 internos cumprindo medida de segurança, aproximadamente 25% cometeram delitos contra um integrante do ambiente familiar, sendo que 15% atentaram contra a vida – homicídio tentado ou consumado. Os dados apontam para uma fragilidade nos relacionamentos dos indivíduos pertencentes ao mesmo grupo familiar. Carece-se de maior profundidade nas análises.

Necessário citar Basaglia (1979), que identificou a esquizofrenia como sendo a falta de carinho, contato familiar, interação, em essência, amor. A pergunta que se faz, quando se envereda por tal caminho, é se Basaglia tem razão ao inserir a falta de amor como responsável por tanta discórdia, e as políticas públicas em que

⁴ Informações coletadas pelo autor, Assistente Jurídico do Complexo Médico-Penal.

medida podem resolver ou minimizar esse dilema. Esta será a abordagem a seguir, enfatizando-se as peculiaridades da lei 10.216/01 no tocante ao louco, e, também, ao doente mental que cometeu um delito passível de sanção penal.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E LOUCURA: UM NOVO PARADIGMA

3.2.1 Um caso paradigmático: Ximenes Lopes *versus* Brasil

Em 1998 o Brasil assinou o Tratado referente à Convenção Interamericana de Direitos Humanos. Em 2006 o Estado brasileiro foi condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos⁵. Tal fato ocorreu após a Comissão de Direitos Humanos daquela instituição denunciar o Brasil por ausência de políticas públicas no trato com a doença mental. O Brasil, por ser signatário do referido Tratado, ficou jungido à decisão prolatada.

A condenação se refere à pessoa de Damião Ximenes Lopes, paciente psiquiátrico internado na Casa de Repouso Guararapes, município de Sobral, Ceará. O hospital era particular, mas conveniado ao SUS - Sistema Único de Saúde. Damião esteve internado nos anos de 1995, 1998, 1999, tendo falecido no dia 04/10/1999, por falta de cuidados médicos e em decorrência de violência física (espancamento). Depois de esgotados todos os recursos internos no ordenamento brasileiro, a família de Damião recorreu à Corte Interamericana, tendo sido conhecido o pedido impetrado.

O interno foi submetido a tratamento desumano, consistente em espancamento como forma de contenção, após as recusas em receber o medicamento. Tal conduta dos funcionários viola entre outros, os dispositivos do artigo 5.2 da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, explicitados na sentença proferida pelo Tribunal da Corte Interamericana, conforme se depreende dos trechos abaixo citados:

⁵ CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. 2006. *Sentença: caso Ximenes Lopes versus Brasil*.

Quando o isolamento ou a contenção são usados como punição, coerção ou por objetivos impróprios, a violação dos direitos humanos é ainda mais grave. Nos casos em que o uso da contenção tenha provocado dor ou sofrimento físico ou mental extremos, sua utilização imprópria para objetivos impróprios, poderá constituir tortura. Jamais é necessário espancar um paciente psiquiátrico ou a ele causar qualquer tipo de dano ou sofrimento. O fato de que o senhor Damião Ximenes Lopes estivesse desarmado e sob a custódia do Estado demonstra que uma ação dessa natureza não seria desproporcional à eventual ameaça que ele possa ter representado. Dada a grande vulnerabilidade de uma pessoa em crise psiquiátrica, cabe às autoridades do Estado em grau maior de responsabilidade na proteção a esses indivíduos. O espancamento do senhor Damião Ximenes Lopes - e sua posterior morte - poderiam ter sido evitados se o Estado tivesse cumprido suas obrigações de proporcionar-lhe uma instituição com funcionários capacitados para assisti-lo em sua deficiência mental.

O senhor Damião Ximenes Lopes tinha sido internado no ano de 1995 e outra vez no ano de 1998. Nesta última internação, a testemunha encontrou cortes, feridas nos tornozelos e no joelho do senhor Damião, razão pela qual pediu explicação ao funcionário da Casa de Repouso Guararapes, quem lhe disse que os ferimentos eram consequência de uma tentativa de fuga. A testemunha acreditou nessa versão. No dia 04 de outubro de 1999, quando a mãe da testemunha encontrou o senhor Damião Ximenes Lopes ele estava agonizando, e ela pediu socorro ao médico Francisco Ivo de Vasconcelos, porque acreditava que seu filho ia morrer devido às condições em que estava. No entanto, o médico não atendeu seus pedidos. O senhor Damião Ximenes Lopes morreu nesse mesmo dia. Seu cadáver apresentava marcas de tortura; seus punhos estavam dilacerados e totalmente roxos, e suas mãos também estavam perfuradas, com sinais de unhas e uma parte do seu nariz estava machucada. A causa da morte foi dada pelos médicos como “morte natural, parada cardiorrespiratória” e nada mais. O corpo do senhor Damião Ximenes Lopes foi então levado para Fortaleza para que fosse realizada uma necropsia, a qual também concluiu que se tratava de “morte indeterminada”.

Abaixo, apresenta-se a sinopse da parte dispositiva da sentença que condenou o Estado brasileiro no caso Ximenes Lopes versus Brasil. Entre outras penalidades: pecuniária e indenizatórias. Também, foi o país incitado a promover e implementar políticas públicas no âmbito da saúde mental, seguindo padrões internacionais de proteção à pessoa com transtornos psíquicos.

Decide:

Admitir o reconhecimento parcial de responsabilidade internacional efetuado pelo Estado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecidos no artigo 1.1 desse tratado, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, nos termos dos parágrafos 61 a 81 da presente Sentença.

Declara:

O Estado violou, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, tal como o reconheceu, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a

obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 119 a 150 da presente Sentença.

Dispõe:

O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença.

Vislumbra-se que a visão geral tem sido de maiores cuidados com o portador de sofrimento mental. O Estado brasileiro teve que acatar decisão internacional a qual se subsume plenamente ao novo paradigma de tratamento gerado por essa nova concepção: protetiva e menos institucionalizadora, mais humanista e menos punitiva. Muito mais por esses paradigmas do que por ser signatário de Tratado Internacional. Pelo menos é o que se quer acreditar.

3.2.2 Política pública setorial: A saúde mental em pauta

Passa-se, a partir desse momento, à análise de uma política pública *strictu sensu*, e a escolha recaiu sobre a lei 10.216/01, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica ou Antimanicomial. A concepção antimanicomial pressupõe a desospitalização com a extinção dos manicômios comuns e judiciários e suas prolongadas internações.

A reforma psiquiátrica que vem sendo efetivamente praticada mantém a internação, mesmo que mitigada (30 dias) ou compulsória (judicial), que pode se prolongar no tempo, mas devendo ser reavaliada pelos médicos quando ultrapassar o lapso dos 30 dias.

No Brasil, assim como em grande parte do mundo, ocorre um debate a respeito da reforma psiquiátrica. O fato é que todo esse questionamento levou a criação da lei 10.216/01, mudando significativamente a abordagem da pessoa com transtornos psíquicos, bem como do modelo de tratamento que lhe era destinado.

Ao ser decretada, a nova lei passou a garantir a todos aqueles que têm problemas mentais toda uma gama de direitos em face da revisão do modelo de tratamento assistencial até então oferecido aos necessitados. Reconhecendo,

também, a referida lei, o direito ao acesso a tais benefícios aos portadores de transtornos psíquicos submetidos à persecução penal e internados nos hospitais de custódia e tratamento.

Essa inversão no modelo de tratamento, que era baseado na segregação e confinamento do doente em hospitais psiquiátricos, para um atendimento preferencialmente ambulatorial e com a reinserção social progressiva daqueles indivíduos que já estavam internados a um longo tempo na sua comunidade, significou uma mudança de paradigma que em si já representa muito na maneira com que se vinha tratando o louco, quer nas entidades públicas, como nas privadas, e em especial, nos hospitais de custódia.

Este novo modo de se proceder vem em atendimento às normas dispostas nas Regras Mínimas para o Tratamento de Pessoas Presas, previstas pelo Comitê Permanente de Prevenção ao Crime e Justiça Penal das Nações Unidas, isto desde maio de 1994 e confirmadas pela Resolução nº 14 de 11/11/94 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, preconizando, entre outras medidas, as seguintes:

As condições de prisão terão um sério impacto sobre o bem estar mental das pessoas presas. As administrações devem procurar reduzir o alcance desse impacto e também devem estabelecer procedimentos destinados a monitorar seus efeitos sobre os presos, individualmente. Devem ser tomadas medidas destinadas à identificação daqueles presos que poderão estar em risco de autoflagelação ou suicídio (COYLE, 2002, p. 68).

Nesse caso, os preceitos internacionais se subsumem perfeitamente ao texto legal da Lei de Execução Penal, que em seu artigo 5º estipula a necessidade da individualização da pena. Deve-se, portanto, por coerência e humanidade, manter o inimputável separado do preso provisório, e, mais acertadamente do apenado. Aqui, fica claro, pena e medida de segurança são sanções penais, porém, muito distintas e com clientela muito mais diferenciada do que se possa perceber pelo senso comum das pessoas.

A reforma psiquiátrica preconiza para aqueles que perderam o contato com a família, por um ou outro motivo, a criação de residências asilares, nas quais os doentes contarão com o apoio de uma equipe multidisciplinar de tratamento, tal qual nos hospitais da rede comum. Estipulou-se, também, um benefício social destinado a auxiliar tal reinserção, seja junto à família ou no custeio da estadia do doente na

residência asilar, possibilitando muitos desinternamentos dos hospitais de custódia e tratamento, inclusive a indivíduos que já tinham obtido a cessação de periculosidade, mas que não contavam com alta familiar e nem institucional. Estratégias ainda não plenamente desenvolvidas pelo poder público.

Considera-se, assim, que a reforma psiquiátrica teve importante repercussão na esfera da saúde mental, não só em sua abordagem meramente clínica, como também, em sede de direito penal, na especificidade das medidas de segurança, sinalizando para uma perspectiva mais humanitária, indicando a necessidade de um limite temporal para o tratamento.

Ao lado dessa visão protetiva daquele que tem sofrimento mental, a nova lei também preconiza a necessidade de extinção dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (CORREA, 1999, p. 108). Essas medidas, se tomadas, devem ser produto de reflexão, não apenas fechar as instituições sem se ter uma política pública que dê respostas efetivas ao problema. Seria fazer o mesmo que se fez com os escravos após a lei áurea: livres para morrer de fome, ou então, vender a mão-de-obra por salário ínfimo. O louco pode ter o mesmo destino: as ruas, a pobreza e novamente a indiferença e o encarceramento.

Existem diversas posturas quanto à doença mental. Alguns chegam a questioná-la ou mesmo a negá-la, como Szasz (1974, p. 17), em seu clássico escrito sobre a falácia da doença mental, logo em sua introdução. Deleuze e Guattari (2010) entendem que o sistema capitalista é o gerador de doenças como a esquizofrenia, não sendo esta, sua identidade, e sim, sua diferença e, portanto, sua morte. Tanto um pensamento como outro, na essência, não admitem o tratamento compulsório do doente, pois este não passa de subproduto de relações de trocas materiais e emocionais mal administradas ao longo dos últimos dois séculos pelo conjunto da sociedade. Sociedade, esta, capitalista, onde a máxima é o lucro, e, portanto, individualista, gerando em muitos casos, vazio, isolamento e loucura.

3.2.3 As perspectivas de desinstitucionalização

Sem nenhuma dúvida, ao longo da história houve melhorias significativas no tratamento da pessoa mentalmente perturbada, desde a soltura pura e simples até a extinção dos manicômios, preconizada atualmente.

A perspectiva humanista sempre será a de projetar alternativas que viabilizem a prevenção e cura das doenças, sempre no bojo de políticas públicas. Compreendendo-se que essas manifestações podem ser sintomas de uma sociedade doentia, sem amor, que, portanto, antes de punição deve-se buscar um olhar crítico, porém, mais compreensivo sobre tudo aquilo que é humano e que não se pode e nem se deve ser indiferente.

Antes da reforma psiquiátrica muitos embates foram travados no Brasil e no mundo. A Luta Antimanicomial e a Antipsiquiatria foram movimentos que contribuíram significativamente para a aprovação do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que tramitou pelo Congresso Nacional por mais de 10 anos até atingir o status de lei em 2001.

Percebe-se a sintonia do espírito da época anterior a lei nas palavras de um dos seus mais importantes ativistas para a reforma de 2001:

Nós do movimento lutamos pela extinção progressiva do sistema manicomial, e a sua substituição por novas Alternativas de Tratamento. Sim, queremos a extinção dos manicômios, dos hospitais psiquiátricos... Absurdo! NÃO, não é absurdo, e sim uma realidade que já está funcionando na maior cidade da América do Sul com excelentes resultados, provocando a curiosidade internacional pelas nossas Alternativas de Tratamento (CARRANO BUENO, 1993, p. 154).

Considerando toda a história da loucura e as formas de tratamento dispensadas ao louco, as mudanças apregoadas pela lei 10.216/01 representam efetivamente uma nova *episteme* na abordagem dispensada àquele que não possui juízo crítico na hora de praticar seus atos (BRUM, 2002, p. 19).

Em sede de direito penal, muitos doutrinadores apregoam mudanças na forma de se tratar o doente mental. O mestre argentino Zaffaroni (2002, p. 123) foi um dos primeiros a defender a retirada do inimputável da esfera criminal. Após o julgamento, absolvido, deve o doente ser internado em hospital da rede pública, sendo tratado como um doente comum e não criminoso. A reforma psiquiátrica não caminhou nesse sentido, mesmo assim, as perspectivas são animadoras na medida em que, apontam para uma melhoria geral no tratamento do acometido com um transtorno mental.

O autor disponibilizado pelo Scielo, Vizeu (2005, p. 06), mostra-nos, mencionando Foucault, e neste caso, mais especificamente Goffman, que o lugar de

tratamento do louco, os ditos asilos, são instituições totais. Lugar onde o indivíduo deixa de ser dono de si mesmo e passa a ser controlado em grau máximo.

Considerando o exposto, a ideia seria a democratização do poder no interior dessas instituições, criando um ambiente favorável ao indivíduo em tratamento e aos técnicos e funcionários, devendo ser, portanto, “não manipulador e aberto à discussão” (VIZEU, 2005, p. 06). Entende o autor que desta forma estaria se encerrando um período de burocratização e reafirmando valores esquecidos, como ética e humanização, recuperando a autonomia do sujeito (VIZEU, 2005, p. 06).

Este novo olhar é novo mesmo, mas vem se ampliando nas últimas décadas e no Brasil tomou vigor a partir da lei 10.216/01, batizada de reforma psiquiátrica, exatamente por não ser, ainda, uma revolução. Os avanços sociais caminham lentamente, mas a loucura já foi tratada de formas tão desumanas que se chega a imaginar que estamos em tempos privilegiados. Talvez nem tanto, porém espera-se que não volte nunca mais a infeliz era de ouro do alienismo.

No entendimento de Bastide (1967, p. 19/23/26) a sociologia das doenças mentais teve início com Comte, que apregoava a necessidade do estudo da alma e do corpo. Bastide estende seu estudo até chegar a Karl Marx e à ênfase que se dá ao papel do econômico na criação de uma sociedade patológica. Na sequência, Lévy-Bruhl deu sua contribuição com a diferenciação entre mentalidade pré-lógica, sociedades primitivas, e mentalidade lógica, sociedades atuais.

Como alternativa radical para se recompor o louco enquanto sujeito do seu próprio destino, vem se propondo a desinstitucionalização do tratamento ofertado até agora. Entende-se por desinstitucionalização “uma forma de criar autonomia e integração social para pessoas com problemas mentais” (LOUGON, 2006, p.144). Desta forma, hoje se fala em não-institucionalização, buscando-se a reintegração do paciente com a sociedade.

Evidencia-se que para que tudo isso funcione será necessária a oferta de serviços comunitários, fruto de políticas públicas, que deverão ser inseridas na agenda política, e é claro, de vontade política e pressão de setores interessados da sociedade brasileira. Lembrando que tudo isso tem um custo financeiro, mas como registra Lougon (2006, p. 198), nos Estados Unidos ocorreu redução significativa de leitos o que propiciou um aumento da população sem-teto. Este é um risco que no Brasil causaria ainda maiores transtornos, haja vista a precariedade das instituições públicas e da baixa renda da população como um todo.

O presente trabalho partiu de Foucault e de suas descobertas apontadas na História da loucura. Todo o mais pode ter contribuído, mas o fato é que a nova *episteme* sobre o louco seja dada pelas *lettres de cachet*, ou pelas novas práticas advindas do sistema econômico capitalista, retirou a condição de sujeito do indivíduo acometido de transtornos psíquicos.

A reforma psiquiátrica busca reconstituir esse sujeito a patamares nos quais ele já havia estado. Assim, cumpre-se o estatuto constitucional brasileiro de 1988, Constituição da República, permitindo-se o alcance da cidadania para todos, pois mesmo a loucura podendo ser considerada como desrazão, o louco também é humano. Como se constata no brocardo latino predileto de Karl Marx: “sou homem e tudo que é humano não me é indiferente”. A lei de 2001, embora promovendo mudanças significativas na forma de intervenção sobre a loucura, manteve as prerrogativas do corpo médico-psiquiátrico. Qual a doença, qual o tratamento, necessidade de internamento e qual será o seu tempo são perguntas que só um especialista pode responder.

De maneira contrária à lei brasileira, que procura novas perspectivas, ao mesmo tempo em que mantém determinados paradigmas no tratamento ao mentalmente perturbado, no ano de 1998 na cidade de Berlin, Alemanha, reuniram-se diversos especialistas em psiquiatria, incluindo Thomas Szasz, autor de clássicos ontológicos da Antipsiquiatria, tais como: O mito da doença mental e A fabricação da loucura: um estudo comparativo da inquisição e do movimento de saúde mental e decretaram a seguinte sentença, no que denominaram de Tribunal Foucault⁶:

Constatamos que a psiquiatria que não está disposta a desistir do uso da força e da violência tornou-se culpada do crime contra a humanidade: pela deliberada destruição da dignidade, da liberdade e da vida. Principalmente pela categorização de seres humanos como “doentes mentais” foram permitida a total deprivação dos direitos humanos e civis como também da Justiça natural.

Além disso, a psiquiatria não pode pretender trabalhar na arte de curar já que ela violou o juramento hipocrático pelo consciente uso de drogas nocivas o que resultou em especial numa epidemia mundial da “discinesia tardia”. Houve também outras interferências que consideramos tortura: aprisionamento involuntário, fornecimento de drogas por força, fixação, choque elétrico, todas as formas de psicocirurgia e a obrigação de submeter-se a tratamentos ambulantes.

⁶ TRIBUNAL FOUCAULT. 1998. Prolação de sentença condenando a psiquiatria por seus atos no curso da história, considerados extremamente prejudiciais aos doentes mentais.

Nós consideramos a psiquiatria culpada por ter exercido uma combinação de coerção e irresponsabilidade, a definição clássica de sistemas totalitários. Por isso exigimos em primeiro lugar o cancelamento das leis relativas aos "doentes mentais" para que a psiquiatria assuma sua responsabilidade diante à sociedade. Daí resultam indenizações. Para alternativas humanas e dignas à psiquiatria devem ser colocados também recursos públicos a disposição.

A contribuição da lei 10.216/01, no bojo de todas as explanações discorridas pelo presente estudo, faz crer que existem pessoas, técnicos e autoridades políticas e governamentais, preocupadas com uma nova agenda política no tocante à saúde mental, vista como loucura ou doença mental. Isto faz apontar para o novo paradigma jurídico ao qual se pretendeu indicar nas linhas de análise deste trabalho.

CONCLUSÃO

O presente estudo bibliográfico procurou apresentar o histórico das ideias em torno do louco ou doente mental. Conforme explicitado na Introdução, optou-se pelas terminologias louco/loucura, por serem termos mais específicos e largamente utilizados pela doutrina internacional e brasileira. Exceção são os operadores do direito, mais especialmente, do direito penal, que preferem adotar a expressão doente mental, mais em consonância com o Código Penal e demais leis criminais.

Através do discurso histórico buscou-se mostrar que, num primeiro momento, o louco não sofria tanta preocupação por parte da sociedade, classificada por ela mesma, como normal. Numa mudança de viés, *episteme*, paradigma, passou-se a regulamentar regras que diferenciasssem o louco do normal. Assim, no capítulo 2, dispôs-se de variadas formas que instrumentalizassem o direito penal para que ele pudesse disciplinar o comportamento do louco.

No Brasil e no mundo, adotaram-se as famigeradas medidas de segurança. Eufemismo jurídico à disposição da classe dominante/dirigente, que teve como intencionalidade prender o louco, comparando-o ao criminoso comum. A diferença está na sentença absolutória imprópria, que ao invés de liberar o indivíduo para um tratamento na rede pública, encarcera-o numa prisão, também eufemisticamente chamada de hospital de custódia, no Paraná, Complexo Médico-Penal. A verdade é que o sujeito pode ficar internado até 30 anos, o mesmo tempo da pena no Brasil e só sai com laudo médico-psiquiátrico. No dizer de Foucault esses técnicos detêm tanto poder que são equiparados a juizes anexos. Esta é a situação atual no Brasil, na esfera criminal.

Com advento da lei de 2001 temos uma nova inflexão no tratamento do louco. No texto chama-se a isso de *episteme*, referência a Foucault, mas também, de novo paradigma. Isto significa que se entende que houve realmente uma nova abordagem na consideração ao louco. Isto fica bem explicitado no capítulo 3, pertinente à política pública e sua aplicação à saúde mental. Tem-se que admitir que com o passar do tempo, haverá significativa melhoria no trato do louco, basta cumprir a lei.

A distinção feita entre louco e doente mental fez-se necessária exatamente por que a lei de 2001, bem como as leis criminais, não equalizaram as respostas às demandas para esses indivíduos. Entende-se que para o direito brasileiro e para os idealizadores de políticas públicas, existe a diferença. Mesmo vislumbrando as

melhorias na lei de 2001, nota-se que houve desconsideração com a pessoa do louco, chamado doente mental e que está encarcerado, quando deveria estar internado em hospital comum ou fazendo tratamento ambulatorial na rede pública.

O louco foi subtraído do convívio social e passou a substituto da lepra, conforme o discurso foucaultiano. Depreende-se que não houve nenhum motivo plausível, somente por que não representava nada de útil para uma recém-nascida sociedade fabril. O sonho havia acabado e não se achava lugar para quem queria continuar dormindo. Viva o dinheiro! Viva o trabalho! Viva o Capitalismo!

Da indiferença, passando pela exclusão até o encarceramento, que perdura, compreende-se que a lei de 2001 sinaliza para uma suavização, e o louco se verá novamente livre, ou pelo menos distante do enclausuramento legado pela idade moderna, neste caso, contraditoriamente designada por século das luzes. Espera-se, também, que não seja com a indiferença dos antigos, e sim, com o amor preconizado por Basaglia, e com outras formas de tratamento, se houver.

REFERÊNCIAS

- ARRETCHE, M. 2010. *Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos*. Rio de Janeiro: Revista de ciências sociais, v. 53, nº 03.
- BASAGLIA, F. 1979. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- BASTIDE, R. 1967. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- BITENCOURT, C. R. 2002. *Manual de direito penal*. 7. ed. São Paulo: Saraiva.
- BRASIL. 2006. Superior Tribunal de Justiça. 6ª Turma, H C nº 41.419/SP. Relator: Ministro Nilson Naves. Brasília. Disponível em:
https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sLink=ATC&sSeq=1966405&sReg=200500157869&sData=20051107&sTipo=5&formato=PDF
 Acesso em: 14/10/12.
- BRUM, R. M. 2002. *Estudos sobre a loucura*. Porto Alegre: Edições Est.
- CARRANO BUENO, A. 1993. *Canto dos malditos*. 5. ed. São Paulo: Lemos.
- CASTEL, R. 1978. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID - 10. 1993. *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* – Coord. Organização Mundial da Saúde. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CORREA, J. M. 1999. *O doente mental e o direito*. São Paulo: Iglu.
- CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. 2006. *Sentença: caso Ximenes Lopes versus Brasil*. Disponível em:
http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf.
 Acesso em: 06/10/2012.
- COYLE, A. 2002. *Administração penitenciária: uma abordagem de direitos humanos*. Londres: International Centre for Prison Studies.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. 2010. *O antiédipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago.
- DI GIOVANNI, G. 2009. *As estruturas elementares das políticas públicas*. Unicamp. Cadernos de pesquisa, nº 82.
- FOUCAULT, M. 1987. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense.

- FOUCAULT, M. 1992. *Eu, Pierre Rivière, que matei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, M. 2002. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, M. 2007. *História da loucura*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva.
- FOUCAULT, M. 2012. *Segurança, penalidade e prisão*. Rio de Janeiro: Forense.
- FRAGOSO, H. C. 1985. *Lições de direito penal*. Rio de Janeiro: Forense.
- GARCIA, J. A. 1979. *Psicopatologia forense*. Rio de Janeiro: Forense.
- KAUCHAKJE, S. 2007. *Gestão pública de serviços sociais*. Curitiba: IBPEX.
- LOUGON, M. 2006. *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- MARCH, J. ; OLSEN, J. 2008. *Neoinstitucionalismo: fatores organizacionais na vida política*. Rev. Sociol. Polit. Curitiba, v. 16, nº 31, Nov.
- MORAES, P. R. B. de. 2005. *Punição, encarceramento e construção de identidade profissional entre agentes penitenciários*. São Paulo: IBCCRIM.
- OUYAMA, M. N. 2010. A ordem psiquiátrica e a máquina de curar: o Hospício Nossa Senhora da Luz entre saberes, práticas e discursos sobre a loucura. In: WADI, Y. M.; SANTOS, N. M. W. *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU.
- POULANTZAS, N. 1986. *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes.
- ROUANET, S. P. et al. 1996. *Gramática do homicídio*, p. 91 - 138. In: *O homem e o discurso: a arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- SOUZA, C. 2006. *Políticas públicas: uma revisão da literatura*. Porto Alegre: Sociologias, ano 08, nº 16, jul/dez.
- SZASZ, T. 1974. *O mito da doença mental*. São Paulo: Circulo do Livro.
- TRIBUNAL FOUCAULT. 1998. *Sentença condenando a psiquiatria*. Disponível em: <http://www.foucault.de/portugiesisch.htm>. Acesso: 07/01/13
- VIZEU, F. 2005. *A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional*. Manguinhos, vol. 12. Rio de Janeiro. Jan/Abr. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 22/09/12.
- ZAFFARONI, R. E.; PIERANGELI, J. H. 2002. *Manual de direito penal brasileiro*. 4. ed. São Paulo: RT.

ANEXO



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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.

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.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori,

José Serra,

Roberto Brant.