
Estigmatização do transtorno mental: os portadores de sofrimento psíquico no sistema penal brasileiro

Gabriele Vendruscolo Braga

Advogada. Pós-Graduação: Especialista em Ordem Jurídica e Ministério Público pela Fundação Escola Superior do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – FESMPDFT. Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, do Centro Universitário de Brasília.

Resumo: Este trabalho tem como objetivo mostrar o tratamento penal oferecido aos doentes mentais, analisando a aplicação das medidas de segurança. Mediante levantamento bibliográfico e teórico, mostrou-se como o sistema penal brasileiro ainda se baseia em um modelo manicomial para os crimes cometidos por doentes mentais, ignorando os avanços da psiquiatria, principalmente a Lei da Reforma Psiquiátrica. É um modelo espelhado na segregação, fruto do descaso e do repúdio da sociedade aos doentes mentais e muito mais gravoso do que a punição dos demais delinquentes. Além disso, o artigo busca mostrar novos métodos mais eficientes e humanizados no tratamento desses indivíduos, que já estão sendo aplicados, com grande sucesso, em algumas cidades no Brasil. Por meio dos novos modelos, podemos evoluir aplicando-os em todo o país e assim caminhar em direção a uma sociedade mais humanizada e democrática.

Palavras-chave: Estigmatização. Saúde mental. Criminologia. Segregação. Lei da Reforma Psiquiátrica. Princípio da Dignidade Humana.

Sumário: Introdução. 1 A loucura. 1.1 Breve história da loucura. 1.2 A segregação dos loucos no Brasil. 2 A criminologia e as medidas de segurança. 2.1 Escola positiva e o surgimento das medidas de segurança. 2.2 Criminologia da reação social e a criminologia crítica. 2.3 A população que vive nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. 2.4 As medidas de segurança no direito penal brasileiro. 2.4.1 Conceito e pressupostos das medidas de segurança. 2.4.2 Igualdade na aplicação das medidas de segurança em relação às penas. 2.4.3 Espécies das medidas de segurança e a violação à individualização da sanção penal.

2.4.4 Críticas aos prazos mínimos e à indeterminação do prazo máximo na medida de segurança. 3 Os novos paradigmas aos pacientes judiciários. 3.1 A Reforma psiquiátrica. 3.2 Os novos modelos de programa e sua devida expansão para todo o Brasil. 3.3 Crítica ao atual modelo de tratamento oferecido aos infratores portadores de transtorno mental. 4 Conclusões. Referências.

Introdução

Este artigo pretende mostrar o tratamento penal oferecido aos criminosos portadores de sofrimento psíquico, analisando o modelo das medidas de segurança adotado no Brasil. A justiça criminal continua distante dos novos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, e ainda é baseada por um sistema manicomial e segregacionista.

Aos infratores portadores de transtorno mental são aplicadas medidas de segurança, cumpridas em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) ou em Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias. As medidas de segurança podem ser de restrição de liberdade (internação) ou não (tratamento ambulatorial) e possuem como objetivo o tratamento terapêutico.

Porém, as medidas de segurança são injustificadamente mais prejudiciais se comparadas às sanções dos delinquentes que não são portadores de sofrimento psíquico. Essas desproporções geram graves violações aos princípios e às garantias constitucionais no âmbito do sistema penal, principalmente quanto ao desrespeito à dignidade da pessoa humana.

Os tratamentos oferecidos pela justiça criminal retiram o caráter humano dos criminosos portadores de sofrimento psíquico e não cumprem com o seu dever de tratamento.

Há uma clara estigmatização do transtorno mental, infelizmente vivenciada em nossa sociedade por vários séculos. Apesar de ser uma sociedade em constante evolução, muitas vezes acaba sendo primitiva ao legitimar práticas desumanas entre as pessoas, ocasionando relações de poder e subordinação.

A Lei da Reforma Psiquiátrica alterou os paradigmas de tratamento e concedeu diversas garantias individuais aos portadores de doença mental. Entretanto, o nosso sistema penal ainda não acompanhou esta evolução e continua amparado em um modelo manicomial, apoiado pela antiga psiquiatria.

É a estigmatização do transtorno mental como se ele fosse violento por si só e merecesse uma dupla punição: a condenação do fato criminoso e a condenação do transtorno mental.

Na pesquisa será feita inicialmente uma análise sobre a história da loucura e a segregação dos loucos no Brasil. Depois mostrar-se-ão a evolução da criminologia e o abandono da criminologia positivista em prol das novas tendências. Dentro dessa lógica, será estudado o problema da reação social e da estigmatização dos infratores portadores de transtorno mental.

Após o estudo da evolução da criminologia, será feita uma crítica ao modelo da medida de segurança adotada no Brasil e a como as leis penais e processuais penais privam esses indivíduos de

diversas garantias individuais, dando um tratamento diferenciado se comparado aos infratores sem transtorno mental.

No presente trabalho, será utilizado o método da pesquisa bibliográfica. Será feita uma abordagem dedutiva, utilizando como fonte de consulta livros, documentários e julgados da jurisprudência.

Por meio do método histórico, o trabalho irá mostrar a evolução na luta contra a desumanização dos doentes mentais, a criação de novos métodos da moderna psiquiatria, a evolução do Movimento Antimanicominal e o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica nº 3.657/89, que originou na Lei nº 10.216/01.

Isso tudo será comparado com as normas atrasadas e inadequadas do Código Penal (CP) que tratam sobre medida de segurança, e com as da Lei de Execução Penal (LEP), que ainda sofrem influência de um modelo manicomial.

Este é um tema que deve ser estudado mais pelos profissionais de diversas áreas e universidades, para que os tratamentos oferecidos nas medidas de segurança evoluam. Mesmo com as mudanças nas políticas públicas em saúde mental, como a Lei Antimanicominal, a participação da comunidade acadêmica ainda é muito limitada

Somos criados e moldados de acordo com o tempo em que vivemos, mas jamais podemos encarar os tratamentos desumanos como algo normal, passível de aceitação.

1 A loucura

1.1 Breve história da loucura

A loucura é considerada uma doença mental, é a ruptura com a realidade. Porém, no passado, era considerada uma *possessão demoníaca*. Como ninguém queria ficar perto de um possuído pelo demônio, aqueles que sofriam desse mal eram escorraçados para fora dos muros das cidades ou embarcados para ilhas bem distantes e lá abandonados (TODO..., 2014).

Essa ideia ocorreu até 1.563, século XVI, quando um polonês chamado Johann Weyer, autor do livro *Da ilusão dos demônios*, disse que a loucura não era feitiçaria. A partir dessa nova concepção, começaram a trancafiar os doentes mentais em casas de internamento junto com prostitutas, doentes venéreos, criminosos e demais indesejados (TODO..., 2014).

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo. Porém, foi nos antigos leprosários que foram estabelecidas as casas de internamento, dando continuidade ao jogo de exclusão, mas agora colocando os doentes mentais junto a loucos, pobres, vagabundos e presidiários (FOUCAULT, 2014, p. 1-6).

No século XVII, a loucura estava ligada a esses internamentos, porém neles não havia preocupação com a cura, mas sim uma ideia de condenação ética, já que perturbavam a ordem do espaço social (FOUCAULT, 2014, p. 48 e 63). O internamento foi uma das respostas dadas à crise econômica ocidental. Serviu para isolar os desempregados,

os vagabundos, protegendo a cidade de agitações e revoltas (FOUCAULT, 2014, p. 66-67).

Nesse momento, a loucura passou a ser percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, dos problemas da cidade. O internamento seria a eliminação espontânea dos “a-sociais” (FOUCAULT, 2014, p. 78-79). Depois de um tempo, o pobre é reintroduzido na sociedade, sem mais necessitar do encarceramento, mas o louco não.

Essa concepção foi mudada nos séculos XVIII e XIX na revolução francesa, quando Philippe Pinel introduziu a função médica no hospício de Bicêtre, em Paris, de onde libertou 80 alienados mentais. Ele foi o responsável por separar os doentes mentais das demais figuras. Porém, os tratamentos desumanos ainda continuaram (TODO..., 2014).

Faziam uso de choques sensoriais, havia um tratamento que utilizava água e, além disso, usavam o *gyrater*, inventado em 1805 por Benjamin Rush. Nesse “aparelho”, doente mental ficava amarrado em uma cadeira que era presa no teto por uma corda, podendo ser girada e, assim, provocar convulsões, visando “reiniciar” as ideias (TODO..., 2014).

O internamento foi assumindo, aos poucos, um valor terapêutico, tornando-se um asilo com caráter médico. Houve a eliminação do internamento que confundia a loucura com as outras formas de desatino. Assim, a loucura ganhou estatuto singular, sendo integrada ao campo da Medicina (FOUCAULT, 2014, p. 433-546).

Com as mudanças no mundo contemporâneo, as formas de tratamento foram sendo transformadas, porém ainda há dificuldade na aplicação de tratamentos eficientes. A partir de 1950, houve uma proliferação no uso de psicofármacos, após o desenvolvimento dos primeiros antipsicóticos e antidepressivos, como a Clorpromazina (TODO..., 2014).

Goffman utiliza o termo “instituições totais” para designar estabelecimentos que possuem barreiras a relações sociais com o mundo externo. Para o autor, há cinco agrupamentos. O primeiro seriam as instituições que cuidam de pessoas incapazes e inofensivas, como casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. O segundo seriam os locais que cuidam de pessoas incapazes, mas que, mesmo sem intenção, são uma ameaça à sociedade, como os sanatórios, hospícios e leprosários. O terceiro tipo serve para proteger a sociedade dos perigosos intencionais, como os campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração, cadeias. Em quarto lugar, há os que estabelecem algum tipo de trabalho, como quartéis, navios, escolas internas, colônias. E, finalmente, há os destinados a servir de refúgio do mundo, servindo muitas vezes de instrução para religiosos, como abadias, mosteiros e conventos (GOFFMAN, 2015, p. 17).

O fator básico das instituições totais é o controle de muitas necessidades humanas por meio da organização burocrática de grupos de pessoas. No internamento dentro dos hospícios, o novato começa a modificar o seu eu, e a primeira mutilação do eu é a própria barreira que existe entre o mundo externo e

o mundo institucional. Há deformação e desfiguração pessoal, decorrentes das deteriorações diretas ao corpo, das mutilações. Além disso, a imagem que o doente mental apresenta de si é desfeita por meio de situações humilhantes, como as frequentes submissões aos superiores, a carência de roupa, os exames que desrespeitam o seu íntimo, a ausência de intimidade, pois ele é vigiado toda hora, tendo, por exemplo, as cartas pessoais violadas (GOFFMAN, 2015, p. 30-35).

Mesmo com o internamento mudando de figura para ser um lugar de cura, há dificuldade no emprego de métodos eficazes. As incapacidades físicas das pessoas são consideradas como indícios de que o tratamento, mesmo sendo desagradável e limitador, é necessário. O simples fato de o internado ser aceito no hospício é sinal de que precisa estar naquele ambiente (GOFFMAN, 2015, p. 311).

Para sair dos hospitais, os doentes mentais precisam demonstrar que aceitam aquele lugar e, assim, apoiar os profissionais que ali trabalham. Estes indivíduos acabam sendo “esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós.” (GOFFMAN, 2015, p. 312).

1.2 A segregação dos loucos no Brasil

No Brasil do século XVI, a loucura fazia parte do convívio social até o início do século XIX, quando começaram a reconhecer a perturbação da ordem social. Com isso, os doentes mentais foram sendo isolados nos porões das Santas Casas de

Misericórdia e nas prisões públicas. Como o problema não estava sendo resolvido, os médicos começaram a reivindicar a criação de hospícios. Assim, em 1841, criou-se o Hospício de Pedro II, inspirado no modelo de Pinel (BATISTA, 2014, p. 391-404).

Mesmo com essas novas ideias trazidas da Europa, o Brasil foi marcado por um descaso aos doentes mentais ainda no início do século XX. Predominava a teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social. Estima-se que 70% dos internados não sofriam de doença mental, eram apenas diferentes ou perturbavam a ordem pública, como homossexuais, drogados, pobres, negros, filhas menores que perderam a virgindade antes do casamento e todos os tipos de indesejados (ARBEX, 2013, p. 25-26).

Os “deserdados sociais”, ao chegarem aos hospícios da rede pública, perdiam a sua liberdade e dignidade humana. Eles eram tratados não como sujeitos, mas como coisas. Ocorriam as mais diversas barbarias, como o esgoto ser a fonte de água, dias sem comer e beber, ausência de vestimentas no local. Por isso, alguns bebiam a própria urina, comiam ratos, eram espancados, andavam nus (ARBEX, 2013, p. 14-27).

O italiano Franco Basaglia foi o grande inspirador na luta antimanicomial no nosso país e influenciou o deputado Paulo Delgado a apresentar o Projeto de Lei nº 3.657 de 1.989, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios. Naquele momento, vigorava o Decreto Presidencial nº 24.559 de 1.934, baixado por Getúlio Vargas, que previa a internação do paciente nos hospitais

psiquiátricos “mediante simples atestado médico”. Mais tarde, o Projeto de Lei foi transformado na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001) (ARBEX, 2013, p. 209-227).

Mesmo com os novos paradigmas da psiquiatria e da psicologia, ainda há uma grande resistência na aplicação de tratamentos humanos e eficazes aos doentes mentais. Infelizmente, o estigma do transtorno mental ainda sobrevive na nossa sociedade.

2 A Criminologia e as medidas de segurança

2.1 Escola Positiva e o surgimento das medidas de segurança

A Criminologia Positivista, desenvolvida no final do século XIX e início do século XX, qualificava o criminoso como perigoso, e tal caráter era fruto de determinações orgânicas (enfoque biopsicológico).

Enquanto os criminalistas clássicos estudavam os delitos e as penas, as ciências experimentais estavam em processo de evolução, descobrindo as razões dos comportamentos humanos e a influência da herança genética nestes meios. As contribuições da biologia e de outras áreas que estudam a personalidade humana contribuíram para os estudos na análise dos homens (MARCHEWKA, 2001, p. 107).

Michel Foucault descreve o anormal do século XIX como sendo descendente de três indivíduos, quais sejam, o monstro, o incorrigível e o masturbador. O monstro não é o indivíduo que

infringiu a lei jurídica, mas sim um indivíduo com desordem na lei natural, como, por exemplo, quem não tem braço, quem tem dois corpos e uma cabeça. Na própria Idade Média, os hermafroditas eram considerados monstros e queimados vivos (FOUCAULT, 2001, p. 75, 79, 83).

Com o tempo, eles passam a ser analisados não como monstros, mas como esquisitices, portadores de má-formação e acreditava-se que talvez isso fosse o princípio da conduta de certos crimes. A figura do criminoso monstro vai aparecer no começo do século XIX, havendo uma suspeita de monstruosidade no indivíduo no fundo de qualquer delito (FOUCAULT, 2001, p. 91-93).

A criminalidade era analisada como uma realidade ontológica preexistente à reação social e ao Direito Penal (BARATTA, 2013, p. 38-40). Ela surgiu em contraposição à Escola Clássica, incentivada pelos avanços científicos do século XX e tinha como grandes expoentes: Cesar Lombroso, Enrico Ferri e Rafael Garófalo.

A publicação da obra *O homem delinquente*, do médico Cesar Lombroso, preconizou a teoria do delinquente nato, relacionando certas características físicas, tais como tamanho da mandíbula, circunferência do crânio etc., à psicopatologia criminal. Em suas pesquisas, utilizava o método empírico, ou seja, desconsiderou a especulação e o silogismo, superando o método abstrato, formal, dedutivo do mundo clássico.

Por meio de várias pesquisas, Lombroso reconheceu a existência de anomalias somáticas e psíquicas nos criminosos, concluindo pela ideia da origem biopsíquica do criminoso. Uma das consequências dos estudos desse autor foi equiparar o criminoso ao doente mental, em relação à falta de responsabilidade pelas ações cometidas. Ferri ressaltou a importância de um trinômio causal do delito – fatores antropológicos, sociais e físicos. Para ele, não bastava apenas ser a pessoa um criminoso nato, era preciso que houvesse certas condições sociais que determinassem a potencialidade do criminoso. Garófalo fez estudos sobre o delito, o delinquente e a pena. Este é considerado por muitos como o iniciador da fase jurídica da Escola Positiva (MARCHEWKA, 2001, p. 108).

Lombroso formulou o conceito de *crime natural*, porém, seu estudo foi baseado em um público que já estava encarcerado. Ou seja, pessoas que já tinham sido julgadas pelo *sistema penal vigente*. Disso decorre um desvio metodológico: define-se crime natural, mas trabalha-se com um conceito legal, histórico e cultural e sua respectiva clientela (JACOBINA, 2008, p. 82).

O determinismo e o positivismo ainda são muito vivos, tanto na prática forense quanto no ensino jurídico. O criminoso nato está presente não só nas faculdades de Direito, como também em conversas de botequim, páginas de revista, reportagens sensacionalistas e outras situações do dia a dia (JACOBINA, 2008, p. 80).

Os sinais exteriores identificavam não só o criminoso nato como também o louco criminoso, que já nascia assim. Foi com o positivismo criminológico que se estabeleceu a necessidade do “tratamento” psiquiátrico ao infrator com transtorno mental, substituindo a pena por outra sanção penal, desvinculada da ideia de castigo (MATOS, 2006, p. 64 e 81).

Foi, inclusive, no século XIX que surgiu o termo “periculosidade”. Na época, a presunção de periculosidade era atribuída a certos criminosos, quando o exame médico identificasse algumas características patológicas, atribuindo ao indivíduo o *status* de intrinsecamente perigoso (BARROS-BRISSET, 2010, p. 16).

“A medicina mental ratificou, em sua definição de doença mental, a equação doente mental = perigo social. Sendo assim a definição jurídica não poderia deixar de reafirmar sua presença.” (AMARANTE, 1994, p. 190).

A medida de segurança foi adotada pela primeira vez no Código Penal Norueguês de 1902. No Brasil, o Código Penal de 1940 passou a adotá-la. Tinha por objetivo tratar o criminoso que não possuía capacidade de discernimento sobre o fato ilícito praticado, em razão do determinismo biológico. Diferente da pena, que conserva a sua característica de castigo (MARCHEWKA, 2001, p. 108).

A medida de segurança é uma sanção alternativa aplicada aos inimputáveis por doença mental. No Brasil, esses sujeitos não são considerados responsáveis por seus atos, então, ao invés de

cumprirem a pena, a eles será imposta a medida de segurança. Essa sanção tem por objetivo o tratamento da doença mental e será cumprida por tempo indeterminado até que se ateste a cessação da periculosidade (QUEIROZ, 2008, p. 389-392).

No século XX, a Criminologia contemporânea começa a superar a legitimação dada pelo positivismo criminológico, sustentando um problema mais sociológico e institucional do que uma defesa social pautada no estado perigoso do criminoso. Porém, para o Direito Penal, a presunção de periculosidade ainda é atribuída ao portador de transtorno mental, prevalecendo um sistema manicomial, seletivo e excludente (BARROS-BRISSET, 2010, p 16).

Nos dizeres de Renata Portella Dornelles, a “periculosidade não é um juízo, mas um ‘prejuízo’ sem qualquer direito de defesa. Não é um conceito, mas um ‘preconceito’ que reverbera no século XXI os mitos da loucura violenta e perigosa da era clássica.” (DORNELLES, 2015, p. 127).

2.2 Criminologia da reação social e a criminologia crítica

Para compreender melhor a estigmatização da loucura e a sua influência no tratamento penal oferecido aos doentes mentais criminosos é preciso analisar certas teorias da Criminologia.

Há, na Criminologia, diferentes tendências, como a *Criminologia Geral* (estuda a delinquência como fenômeno social), a *Criminologia Clínica ou Penitenciária* (estuda um delinquente para tentar encontrar o seu diagnóstico e tratamento),

a *Criminologia Organizacional* (se interessa por medidas de política criminal), a *Criminologia Interacionista* (defende que a delinquência não é característica do autor, mas sim de estigmas construídos pela sociedade) e a *Criminologia Radial ou Crítica* (nasce como uma crítica à Criminologia tradicional, buscando suprir suas falhas. É também chamada de *Nova Criminologia*, devido ao título do livro de três sociólogos ingleses: Taylor, Walton e Young) (CASTRO, 1983, p. 60 e 97).

Lola Aniyar de Castro, no seu livro *Criminologia da reação social* explica que “todas estas tendências podem ser agrupadas em duas grandes correntes, uma que podemos chamar a Criminologia da Passagem do ato e outra de Criminologia da Reação social.” (CASTRO, 1983, p. 60).

A Criminologia da Passagem do Ato se interessa pelo delinquente e busca tentar entender os motivos que o levaram às práticas delituosas. Ao estudar o homem, compreende aspectos com “enfoques antropológicos (constituição endocrinologia, biotipologia, estudos sobre herança e genética, psiquiátricos, psicológicos e vitimológicos)” (CASTRO, 1983, p. 61).

A Criminologia da Reação Social, que engloba a Criminologia Interacionista e a Crítica, não quer modificar o delinquente, mas sim o sistema, pois são os responsáveis pela criação da criminalidade. A Escola Interacionista foi o primeiro ponto de ruptura com a tradicional criminologia, em razão dos movimentos sociopolíticos nos EUA nas décadas de 60 e 70 (CASTRO, 1983, p. 61 e 141).

Esta nova corrente, denominada também de *Labelling Approach*, surgiu no século XX nos Estados Unidos. E para muitos estudiosos esse novo paradigma é considerado como a gênese da Criminologia Crítica.

Assim, na década de 1960, surgiu uma nova forma de analisar o criminoso, na qual ele deixa de ser visto como um ser intrinsecamente bom ou mau e passa a ser fruto de uma construção social. O estudo do crime como fenômeno social faz parte de um modelo sociológico ou do que se chama de sociologia criminal. Isso mostra que o crime não é um fenômeno individual e isolado. Ao contrário, resulta sempre de uma construção social ou de uma reação social a um determinado comportamento.

A Criminologia da Reação Social abrange as teorias da rotulação (Becker, Erikson, Kitsuse, Lemert), do estigma (Goffman) e do estereótipo (Chapman) (CASTRO, 1983, p. 61).

Segundo Becker, as causas dos desvios estão relacionadas a fatores sociais, ou seja, o desvio é produzido pela própria sociedade, é um rótulo criado pelos homens. Porém, nem sempre os que são rotulados como desviantes infringiram realmente alguma regra, já que este processo não é infalível (BECKER, 2008, p. 21).

Como não há homogeneidade, não tem como estudar as pessoas em busca de personalidade semelhante para o suposto desvio. O que essas pessoas têm em comum é apenas o rótulo de serem desviantes (BECKER, 2008, p. 22).

O grau que as pessoas reagem para estipular que um ato é desviante ou não varia muito. Um dos fatores que influenciam essa análise é a pessoa quem pratica. Por exemplo, há uma menor probabilidade de jovens de classe média serem detidos pela polícia, de serem autuados e, muito menos, de serem condenados; diferente dos jovens moradores de bairros miseráveis. Consequentemente, haverá um maior relato de ocorrências criminais nos locais mais desprovidos economicamente (BECKER, 2008, p. 25).

Em bairros pobres, é uma prática rotineira os jovens serem abordados pela polícia em busca de drogas ou algum objeto supostamente furtado, só pelo fato de estarem andando na rua. Isso ocorre com tanta frequência, desde que são novos, que acabam se acostumando com a situação e achando normal. Já os jovens moradores dos bairros de classe média ou alta, dificilmente terão suas bolsas revistadas voltando da escola. Até mesmo nas *blitz*, podemos perceber que a maioria dos que são abordados são pobres, negros e pardos.

Além dos desvios serem criados pelas reações das pessoas, as regras impostas pela sociedade não são universalmente aceitas. Ao contrário, há uma clara questão de poder político e econômico na criação da criminalização, pois os grupos que possuem maior poder irão impor as próprias regras. Em muitos países, os homens estipulam regras para as mulheres. Os ricos criam as regras que os pobres devem obedecer. E assim por diante (BECKER, 2008, p. 30).

Portanto, a teoria da rotulação mostra que cria-se o papel desviante por meio de rótulos. As etiquetas são impostas às pessoas, escondendo as demais características do indivíduo. Isso influencia na própria atividade policial, que irá exercer atividades de repressão sobre certos grupos etiquetados (BECKER, 2008, p. 105).

Com a Criminologia da Reação Social (ou Interacionista) o rótulo de delinquente deixa de ser uma qualidade inerente da pessoa humana, como na Criminologia Positivista, e passa a ser um rótulo sobre a pessoa.

O paradigma do *Labelling Approach* é importante para a passagem à Criminologia Crítica. Nessa perspectiva, a Criminologia Crítica defende que a criminalidade não é uma qualidade ontológica de determinados comportamentos, mas sim um *status* atribuído a certos indivíduos, por meio de uma dupla seleção: a seleção dos bens protegidos penalmente e a seleção dos indivíduos estigmatizados (BARATTA, 2013, p. 159-161).

A criminologia crítica é a construção de uma teoria materialista, ou seja, econômico-política, ancorada no pensamento marxista. Ela acredita que o modelo econômico é o principal fator para explicar a criminalidade (BARATTA, 2013, p. 159).

Na sociedade capitalista há uma desigualdade na distribuição de recursos entre as classes. Isso provoca injustiças sociais e desigualdades, ocasionando altos índices de criminalidade.

O Direito Penal protege apenas os bens selecionados pela classe dominante e o *status* de criminoso é distribuído de modo

desigual. Portanto, a crítica se dirige ao mito do Direito Penal ser igual para todos (BARATTA, 2013, p. 160).

As pesquisas sobre a cifra negra, sobre os crimes de colarinho branco e sobre a criminalidade política demonstram que o comportamento criminoso está presente em todos os grupos sociais e não apenas na classe proletária. Além do mais, os crimes das classes dominantes são muito mais graves do que toda a criminalidade perseguida (BARATTA, 2013, p. 198).

2.3 A população que vive nos hospitais de custódia e o tratamento psiquiátrico

Os estigmas pejorativos construídos pela sociedade são analisados ao observar a população predominante nos hospitais de custódia do Brasil.

Como se constata no censo de 2011, do total de 3.989 da população dos hospitais de custódia no país, a maioria é masculina (92%), negra e parda (44%), de baixa escolaridade (23% eram analfabetos; 43% tinham ensino fundamental incompleto, 13% ensino fundamental completo, 6% ensino médio e 0,8% ensino superior, 0,03% pós-graduação e 14% sem informação) e com periférica inserção no mundo do trabalho (31% eram trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca. E 22% trabalhadores da produção de bens e serviços industriais. Aqueles sem profissão constituíam 17%) (DINIZ, 2013, p. 16, 36-39).

Os crimes contra o patrimônio foram o segundo tipo de infração penal mais cometida, representando 29% (818 pessoas o praticaram) (DINIZ, 2013, p. 44). Isso mostra o reflexo de uma cultura burguesa-individualista preocupada com a proteção do patrimônio privado, atingindo os típicos desvios dos grupos marginalizados (BARATTA, 2013, p. 176).

Além disso, há uma significativa estigmatização de que o transtorno mental por si só é violento e isso se mostra na inércia do modelo penal-psiquiátrico de asilamento. O censo de 2011 demonstrou que, pelo menos, 741 indivíduos não deveriam estar em restrição de liberdade nos hospitais de custódia. E os motivos são os mais diversos: cessão de periculosidade, sentença judicial que determinou a desinternação, medida de segurança extinta e, até mesmo, internações que ocorreram sem processo. Ou seja, um em cada quatro indivíduos não deveria estar internado; e para um terço deles, ou seja, para 1.899 pessoas (47%), a internação não se baseia em critério legal nem psiquiátrico (BARATTA, 2013, 16-17).

2.4 As medidas de segurança no Direito Penal brasileiro

2.4.1 Conceito e pressupostos das medidas de segurança

Com a reforma penal de 1984, foi excluído o sistema vicariante, eliminando a aplicação dupla de pena e medida de segurança.

As penas são destinadas aos *imputáveis*, ou seja, aos que possuem capacidade de entender o caráter ilícito do fato. Já as medidas de segurança, aos maiores de 18 anos declarados *inimputáveis* por não serem capazes de entender o caráter ilícito do fato em razão de doença mental (art. 26, *caput*, Código Penal). E aos *semi-imputáveis* o juiz irá aplicar a pena ou medida de segurança, a depender das circunstâncias pessoais, mas nunca irá aplicá-las cumulativamente (QUEIROZ, 2008, p. 390).

O inimputável por doença mental que praticar conduta ilícita é isento de pena, por prescindir de culpabilidade, sendo-lhe aplicado a medida de segurança. Por isso, é dado o nome de absolvição imprópria, ou seja, não será aplicada pena ao agente; contudo, será imposto tratamento psiquiátrico a ser cumprido em estabelecimento penal próprio.

Para poder aplicar a medida de segurança é necessário observar os seguintes requisitos: *i*) prática de um fato típico punível; *ii*) periculosidade do agente; *iii*) ausência de imputabilidade plena (BITENCOURT, 2014, p. 860).

As medidas de segurança são sanções penais destinadas aos autores de um injusto penal punível, mas não culpável em razão da inimputabilidade do agente. Portanto, é necessário que o agente tenha praticado um ilícito típico. Além disso, é necessário existir a periculosidade do agente, que é o juízo de probabilidade de que o sujeito voltará a delinquir. Deve ser observada a proibição de aplicar a medida de segurança ao imputável (BITENCOURT, 2014, p. 860).

Dessa forma, ela é uma medida alternativa às penas e tem por objetivo dar tratamento curativo aos inimputáveis portadores de doenças mentais ou que possuem um desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

2.4.2 Igualdade na aplicação das medidas de segurança em relação às penas

A medida de segurança e a pena são formas de restrição de liberdade que o Estado impõe ao indivíduo. Diante dessa semelhança restritiva, todos os princípios fundamentais e constitucionais aplicáveis à pena, devem ser aplicados às medidas de segurança.

Em homenagem aos princípios constitucionais, principalmente ao da igualdade, não caberá, em nenhuma hipótese, medida de segurança quando não for cabível a aplicação da pena privativa de liberdade. Isso inclui, além das causas excludentes de tipicidade e antijuridicidade, as excludentes de culpabilidade, ao menos quanto à exigibilidade de conduta diversa. Então, por exemplo, se o agente praticou a conduta sob coação moral irresistível, não caberá medida de segurança alguma, pois essa é uma hipótese de causa de exclusão da culpabilidade (QUEIROZ, 2008, p. 390-391).

Porém, a doutrina não é unânime quanto a isso. Juarez Cirino, por exemplo, entende que o inimputável não pode alegar qualquer excludente de culpabilidade, visto que

não possui capacidade de entender o caráter ilícito do fato (SANTOS, 1985, p. 643).

Não existe, na Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210/1984), artigo que possibilite a liberação do doente mental de forma progressiva, da mesma forma que há previsão para a pena privativa de liberdade. Além disso, as leis penais brasileiras afastam diversos direitos aos inimputáveis como a composição civil, a transação penal, a suspensão condicional do processo, a remição, a substituição da medida de segurança, o livramento condicional, a detração, o indulto, o perdão judicial (CARVALHO, 2015, p. 520-522).

Alguns tribunais, como os do Rio de Janeiro, de Pernambuco e do Rio Grande do Sul, permitem a saída progressiva aos que cumprem medida de segurança. Posturas como essa aperfeiçoam o nosso sistema penal.

Conclui-se que a medida de segurança é mais gravosa que a pena privativa de liberdade e é injustificável que não sejam asseguradas as mesmas garantias previstas aos imputáveis. Os inimputáveis, como todo ser humano, também devem ser contemplados com tratamento jurídico mais favorável.

2.4.3 Espécies das medidas de segurança e a violação à individualização da sanção penal

O Código Penal, no art. 96, prevê as espécies de medidas de segurança, quais sejam: a internação psiquiátrica e o tratamento ambulatorial. Na *internação psiquiátrica*, o cumprimento da

medida de segurança ocorre dentro de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTPs) ou em outro estabelecimento adequado. Na realidade, esses hospitais são os manicômios judiciários, instituições totais que não se diferenciam muito dos sistemas penitenciários. No *tratamento ambulatorial*, o agente é acompanhado por psiquiatra, mas não há a necessidade de que permaneça recluso na instituição (CARVALHO, 2015, p. 506).

O Código Penal estabelece a medida de segurança de internação para os crimes de reclusão, mas se o crime for punido com detenção, o juiz poderá escolher o tratamento ambulatorial ou a internação. Diferente disso, nos moldes das penas privativas de liberdade, a fixação do regime (aberto, semiaberto ou fechado) ou a substituição por pena restritiva de direito dependem de critérios judiciais motivados na sentença.

O doutrinador Salo de Carvalho defende que a previsão da forma reclusiva ou detentiva, como critério na definição do tipo de medida de segurança a ser aplicada, viola o postulado constitucional da individualização da sanção penal (CARVALHO, 2015, p. 508).

Para o CP, o regime ambulatorial é aplicado subsidiariamente ao de internação. Porém, como a internação psiquiátrica é mais nociva e agrava a doença mental, deve ser aplicada apenas excepcionalmente e dentro dos novos modelos assistenciais. Já o tratamento ambulatorial, por ser menos invasivo e mais efetivo, deve ser aplicado como regra, independente da pena cominada (CARVALHO, 2015, p. 508).

Conforme afirma Bittencourt, a mudança na nomenclatura, com a reforma de 1984, substituindo o termo “manicômio judiciário” por “hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico”, na realidade não mudou nada, pois as características dos velhos e deficientes manicômios continuam presentes (BITENCOURT, 2014, p. 861).

Seguem essa mesma linha, Fragoso, Paulo Queiroz, Luiz Flávio Gomes, Rogério Greco, entre outros doutrinadores. Há, inclusive, decisões do Superior Tribunal de Justiça (STJ) nesse sentido, podendo o inimputável ser submetido à tratamento ambulatorial, ainda que o crime seja punível com reclusão, de acordo com os princípios da adequação, razoabilidade e proporcionalidade (GRECO, 2015, p. 280).

O Supremo Tribunal Federal, no HC nº 85.401, julgado em 2009, adotou essa posição majoritária, mudando o panorama da execução das medidas de segurança no país. Nesse julgado, a Suprema Corte defendeu que é permitida a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial, mesmo no crime punido com reclusão, quando for desnecessária a internação (BRASIL, 2010).

Por outro lado, Bitencourt segue a literalidade do Código Penal. O doutrinador ensina que a internação é a regra e que somente poderá ser substituída pelo tratamento ambulatorial se o fato for punível com detenção e as condições pessoais do agente forem favoráveis (BITENCOURT, 2014, p. 860-861).

Porém, esse entendimento consagra o direito penal do autor, e não o direito penal do fato. Não é plausível, por exemplo, que um doente mental seja obrigatoriamente internado em um hospital de custódia, mesmo sendo réu primário, caso pratique furto simples, lesão corporal grave ou bigamia (crimes punidos com reclusão) e, por outro lado, que um criminoso sem transtorno mental seja privilegiado com penas mais brandas.

2.4.4 Críticas aos prazos mínimos e à indeterminação do prazo máximo na medida de segurança

De acordo com o §1º do art. 97 do CP, o prazo mínimo da medida de segurança é de um a três anos e o prazo máximo será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não cessar a periculosidade (CARVALHO, 2015, p. 512).

O prazo de duração mínima de um a três anos não se coaduna com a moderna psiquiatria aplicada ao tratamento da saúde mental do autor inimputável. Paulo Queiroz defende que, após a Lei nº 10.216/2001, houve revogação desse prazo, por ser incompatível com os princípios da utilidade terapêutica do internamento, da desinternação progressiva e da reinserção social do paciente (QUEIROZ, 2008, p. 394). Bitencourt diz que o prazo mínimo de um a três anos é apenas um marco para a realização do exame de verificação da cessação de periculosidade (BITENCOURT, 2014, p. 863).

Uma das cláusulas pétreas da Constituição Federal de 1988 é a proibição de prisão perpétua. Portanto, como pena e medida de

segurança não se distinguem ontologicamente, a indeterminação do prazo máximo é inconstitucional, ofendendo os princípios da proporcionalidade, da não perpetuação da pena e da igualdade (QUEIROZ, 2008, p. 396).

Bitencourt defende que deve-se limitar o prazo de acordo com o art. 75 do Código Penal, ou seja, trinta anos, que é o lapso temporal máximo da pena privativa de liberdade (BITENCOURT, 2014, p. 863). A Suprema Corte tem decidido nesse mesmo sentido, estipulando que a medida de segurança deve perdurar enquanto não houver cessado a periculosidade, porém limitada ao prazo máximo de trinta anos (GRECO, 2015, p. 281).

Entretanto, o censo em 2011 encontrou 18 indivíduos internados em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos. Eles representam 0,5% da população do censo (DINIZ, 2013, p. 13).

Atualmente, há decisões do STJ no sentido de aplicar o tempo máximo de acordo com a pena abstratamente cominada ao tipo penal (GRECO, 2015, p. 280).

Porém, infelizmente, de acordo com o censo de 2011, há um grupo de “606 indivíduos internados há mais tempo do que a pena máxima em abstrato para a infração cometida. Eles são 21% da população em medida de segurança no país.” (DINIZ, 2013, p. 14).

O doutrinador Paulo Queiroz defende que o prazo máximo deve ser o tempo da pena que seria cabível na mesma hipótese

em concreto, conforme tem decidido o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (QUEIROZ, 2008, p. 396).

Por outro lado, Rogério Greco diz que a medida de segurança não tem prazo certo, pois é uma providência curativa, baseia-se na cessação da periculosidade, então irá durar enquanto houver necessidade de tratamento, podendo, inclusive, ser mantida até o falecimento do paciente (GREGO, 2015, p. 280).

Vale destacar que, de acordo com o censo de 2011, 41% dos exames de cessação de periculosidade estavam atrasados. Apesar do art. 150, §1º, do Código de Processo Penal determinar o prazo de 45 dias, o tempo médio de espera pelo laudo psiquiátrico é de 10 meses (DINIZ, 2013, p. 17).

Todas essas violações e esses abusos nas medidas de segurança mostram o descaso com os doentes mentais e o esquecimento deles nos manicômios judiciários, não sendo observada da maneira devida a cessação da periculosidade.

3 Os novos paradigmas aos pacientes judiciários

3.1 A reforma psiquiátrica

No século XIX, com a noção de que o transtorno mental é um estado anormal fixado hereditariamente, não havia mais sentido curar o indivíduo. Portanto, a psiquiatria, a partir desse período, funcionou como mecanismo de defesa social e não de cura. Ela se tornou uma ciência de proteção biológica da espécie (FOUCAULT, 2001, p. 402).

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, houve uma enorme pressão para garantir a dignidade da pessoa humana aos portadores de transtorno mental. A Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) regulamentou os direitos dessas pessoas e defendeu a extinção progressiva dos manicômios do país (ARBEX, 2013, p. 224).

Todavia, o controle penal dos portadores de sofrimento mental não foi priorizado por esses movimentos. Mas isso não os priva dessas proteções, já que, embora a lei não faça referências explícitas, também não os exclui (DORNELLES, 2015, p. 304).

Alguns doutrinadores, como Paulo de Queiroz, passaram a defender uma releitura do Código Penal e da Lei de Execução Penal; e outros, como Paulo Jacobina, defenderam a própria derrogação da LEP e de parte do Código (QUEIROZ, 2008, p. 393).

A referida lei alterou a noção de tratamento, substituindo a ideia de periculosidade pela de prevenção, pois a “Lei da Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico.” (CARVALHO, 2015, p. 524). A “periculosidade” é um preconceito que iguala o “louco” ao “perigoso” (KARAM, 2002, p. 217).

Outro ponto fundamental da Lei de Reforma Psiquiátrica é a abdicação proposital do termo “doença mental”. Por consequência, há uma necessidade de se readequar o conceito de inimputabilidade. Primeiro, em razão do “enfoque desinstitucionalizador ser o

sujeito em sua rede de relações, e não uma doença atomizada que se apresenta como um fenômeno natural alheio e que preexiste ao próprio sujeito, conforme compreendem as teorias criminológicas e psiquiátricas ortodoxas.” Em segundo lugar, em razão do conceito de doença mental ser falho e produzir uma série de estigmas ao inimputável (CARVALHO, 2015, p. 525).

A referida lei estabelece diferentes graus de responsabilidade aos portadores de sofrimento psíquico, impedindo dizer que eles são absolutamente irresponsáveis. O objetivo é tratar esses indivíduos como *sujeitos de direito*, pois considerá-los como desprovidos de responsabilidade é o principal ato de coisificação. Esses novos parâmetros devem influenciar novas interpretações nos institutos de Direito Penal (CARVALHO, 2015, p. 526).

Como as normas sanitárias visam à reinserção social do paciente, não são compatíveis a fixação de prazos mínimos e a indeterminação dos prazos máximos para as medidas de segurança (QUEIROZ, 2008, p. 394).

A lei priorizou tratamentos menos invasivos em ambientes terapêuticos e a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A reforma psiquiátrica proibiu qualquer forma de tratamento manicomial, vedando a internação em instituições com caráter asilar, ou seja, aquelas desprovidas de garantias e recursos mencionados pela lei (CARVALHO, 2015, p. 549).

Essas normas atingem, inclusive, as internações compulsórias, ou seja, aquelas determinadas pela justiça (art. 6º, parágrafo único, inciso III). Portanto, os avanços da reforma psiquiátrica devem ser universais, não havendo razão para dar tratamento diferenciado entre os usuários comuns dos serviços de saúde mental e aqueles que cometeram infrações penais (QUEIROZ, 2008, p. 530).

Em resumo, no momento da aplicação da medida de segurança, o magistrado deve dar prioridade ao tratamento ambulatorial, por ser mais eficiente na maioria dos casos. Além do mais, ao aplicar o tratamento ambulatorial ou a internação, a depender do caso, não pode usar como critério o delito praticado, se punido com reclusão ou não. A sua sentença deve estar fundamentada com base em conhecimentos técnicos especializados, por meio de laudo médico, não prevalecendo o dispositivo limitador previsto no art. 97 do Código Penal (ARAÚJO, 2009, p. 14).

3.2 Os novos modelos de programa e sua devida expansão para todo o Brasil

Após a luta antimanicomial no Brasil, foram inseridos, na nossa sociedade, novos paradigmas, que objetivam substituir os manicômios por programas de atendimento psiquiátrico mais humanizados dentro do sistema penitenciário brasileiro.

Em Belo Horizonte, dezembro de 2001, foi implementado, com grande sucesso, o Programa de Atendimento Integral ao

Paciente Judiciário (PAI-PJ), por meio da Portaria Conjunta nº 25/2001, de iniciativa do Presidente Desembargador Gudesteu Biber Sampaio, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, e do Desembargador Murilo José Pereira, Corregedor-Geral de Justiça do Estado de Minas Gerais. Esse programa trata os infratores portadores de sofrimento psíquico como sujeitos de direito, obedecendo aos moldes da Lei de Reforma Psiquiátrica. A maioria dos pacientes faz o seu tratamento na rede aberta da cidade, mas apresentam-se regularmente à Justiça (BARROS-BRISSET, 2010, p. 35).

Em 10 anos de funcionamento, o PAI-PJ já acompanhou 1.058 processos criminais e acolheu 755 cidadãos, todos recebendo um tratamento eficiente ao transtorno mental. O objetivo é a ressocialização desses indivíduos até cessarem suas relações com a Justiça. Já foram desligados 489 casos. Atualmente, 266 casos estão em acompanhamento e, desses, 210 encontram-se em liberdade, mas fazem tratamento nos sistemas substitutivos ao manicômio e residem com os familiares ou em residências terapêuticas do Município (BARROS-BRISSET, 2010, p. 35).

Com base nas pesquisas realizadas com os casos encerrados, foram registrados apenas 2% de reincidência em crimes de menor potencial ofensivo e contra o patrimônio. E em relação aos crimes hediondos, não houve reincidência (BARROS-BRISSET, 2010, p. 35).

O programa de tratamento humanizado mostrou uma enorme eficiência. É um modelo exemplar que deve ser ampliado

para o todo o país e, assim, melhorar a qualidade do tratamento oferecido aos alienados mentais, reinserindo-os na sociedade. Para isso tornar-se possível, é necessária uma maior atenção a esses indivíduos nos sistemas jurídicos, políticos e sociais.

Um outro programa que implementou a reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança foi o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que foi instituído no dia 26 de outubro de 2006 mediante convênio pactuado entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça, a Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia, o Tribunal de Justiça e o Ministério Público do Estado de Goiás (CARDOSO; PINHEIRO, 2012, p. 96).

O PAILI controla o tratamento conferido ao paciente nas clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com autonomia. Por meio de sua equipe multiprofissional (formada por advogados, assistentes sociais, médico psiquiatra, psicólogos e enfermeiras), coloca em prática a melhor terapia para cada paciente individualmente. Além disso, faz a mediação entre o paciente e o juiz, desburocratizando o acesso à Justiça. Assim, o programa se torna mais célere na aplicação efetiva da terapia exigida aos pacientes, dispensando procedimentos burocráticos típicos dos procedimentos puramente judiciais. Esse programa também teve grande êxito na busca pelo objetivo maior, que é o mais amplo tratamento do paciente e sua inclusão à família e à sociedade (CASTRO, 2009, p. 98-101).

Esses programas devem ser expandidos para todo o país e não ficar apenas adstritos a algumas cidades. É preciso alterar

o modelo das medidas de segurança, já que ele não tem sido eficiente e suas práticas desumanas não têm espaço dentro de um Estado Democrático de Direito.

Michel Foucault, em seu livro *Os Anormais*, fala sobre o princípio da porta giratória, descrevendo que “quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer”. E mais, “a instituição médica, em caso da loucura, deve tomar o lugar da instituição jurídica. A justiça não pode ter competência sobre o louco, ou melhor, a loucura tem de se declarar incompetente quanto ao louco: princípio da soltura, no sentido jurídico do termo.” (FOUCAULT, 2001, p. 40).

3.3 Crítica ao atual modelo de tratamento oferecido aos infratores portadores de transtorno mental

O atual modelo das medidas de segurança precisa ser melhorado. É um modelo que não funciona, nem do ponto de vista político-criminal nem do da conservação da dignidade da pessoa humana (CARDOSO; PINHEIRO, 2012, p. 88).

Não há uma estrutura ambulatorial própria no HCTP que consiga tratar adequadamente o doente mental. A maioria nem possui convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), o que é pré-requisito para constituir uma unidade penitenciária como “hospital de custódia” (CARDOSO; PINHEIRO, 2012, p. 88).

Na realidade, esses hospitais de custódia são verdadeiras instituições totais. Neles, é imposta hipocritamente uma ideologia de tratamento terapêutico nas medidas de segurança. Porém,

a estrutura dessas instituições remete ao modelo carcerário (CARVALHO, 2015, p. 506).

O que ocorre dentro dos hospitais de custódia é a pura desconstrução do ser. Essa coisificação do homem vai contra toda a ideologia sustentada por nossa Constituição Federal de 1988.

A prática tradicional de internação em manicômios viola direitos humanos e não traz um tratamento efetivo para a cura da doença mental. O próprio doutrinador Salo de Carvalho afirma que o cenário dos hospitais de custódia rememora os campos de concentração criados pelo nazismo germânico (CARVALHO, 2015, p. 520).

A insanidade mental não é sinônimo de periculosidade, o fato praticado pelo inimputável pode ter sido acidental e não decorrente do seu transtorno mental e a consequente internação desnecessária irá piorar o estado do recolhido (RIBEIRO, 1998, p. 56).

Não basta apenas cumprir a Lei de Execução Penal, os direitos que esses indivíduos possuem vão muito além do que o sistema penal lhes oferece. Os direitos garantidos aos criminosos imputáveis devem ser aplicados aos inimputáveis por doença mental, como a remição, a progressão, a substituição de medida, a detração, o livramento condicional, a comutação, o indulto, a suspensão condicional do processo, o perdão judicial, entre outros. São direitos essenciais oferecidos aos condenados para uma melhor ressocialização (CARVALHO, 2015, p. 521-522).

As penas e as medidas de segurança são formas por meio das quais o Estado invade a liberdade do indivíduo. Não há diferença substancial entre elas, sendo ambas consideradas sanções penais. Portanto, todos os princípios fundamentais e as garantias processuais penais devem ser observados na aplicação dessas duas medidas de controle social (BITENCOURT, 2014, p. 859).

Não há diferença entre os condenados submetidos às penas e os que cumprem medida de segurança que justifique a exclusão das garantias individuais na aplicação das medidas de segurança. Nem mesmo a prática de crime hediondo por um imputável o faz perder tais direitos processuais penais. Então, por que um inimputável por doença mental não faz jus aos mesmos direitos?

A atual Constituição Federal garante a todos direitos individuais, sociais (entre eles o direito à saúde mental) em diversos artigos, como no art. 6º, no art. 194 e no art. 196 e ss. No inciso IV, art. 3º, da Constituição Federal, estipula, como um dos objetivos fundamentais do Brasil, a promoção do bem a todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação. O inciso XLI, do art. 5º, estabelece que qualquer discriminação contra os direitos e as liberdades fundamentais será punida de acordo com a lei (BRASIL, 2016). O atendimento a esses valores devem estar presentes na atuação do Poder Judiciário, nas políticas públicas e, também, na sociedade.

Além das normas constitucionais internas, há normas internacionais, como a *Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiências, da Organização das Nações Unidas (ONU)*, na luta pelos direitos humanos. Essa Convenção busca defender e garantir condições de vida com dignidade a todas as pessoas que possuem alguma deficiência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma ferramenta chamada “Quality Rights”, ou seja, direitos à qualidade, que avaliam os serviços baseado nos critérios da referida Convenção da ONU. Essa ferramenta tem por objetivo reformar as políticas e legislações nacionais para melhorar a qualidade e os direitos humanos nas unidades de assistência de saúde hospitalares e ambulatoriais, e capacitar as organizações a defender os direitos dos indivíduos com deficiência mental (VASCONCELOS, 2014, p. 217).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana deve ser sempre adotada como paradigma da política-criminal. Não podemos esquecer que o indivíduo que violou o ordenamento jurídico tem a mesma dignidade dos demais. Esse cuidado é tamanho que, caso ocorra violação aos direitos humanos dentro das instituições das medidas de segurança, os agentes penitenciários podem incorrer no crime de tortura, previsto no art. 1º da Lei nº 9.455/97 (Lei da Tortura) (CARDOSO; PINHEIRO, 2012, p. 20).

A repressão estatal, por meio do sistema penal, deve encontrar como limite a dignidade da pessoa humana (OLIVEIRA,

2005). Assim, busca-se evitar abusos estatais, preservando a vida e a liberdade de todo ser humano.

Zaffaroni e Pierangeli chamam atenção para a existência de uma maior privação de direitos aos doentes mentais ou aos estigmatizados em relação aos submetidos às penas. E dizem que “o problema não é simples, e a pouca atenção que se dá às medidas de segurança, do ponto de vista dogmático, torna-a bastante perigosa para as garantias individuais” (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2007, p. 731).

4 Conclusões

Tudo que foi exposto teve por objetivo mostrar o tratamento penal oferecido aos portadores de sofrimento psíquico na aplicação das medidas de segurança. O atual modelo de justiça criminal ainda é baseado em um modelo manicomial, ineficaz e ultrapassado perante a reforma psiquiátrica.

Atualmente, a pior violação aos direitos humanos são as medidas de segurança cumpridas em hospitais de custódia. Há, ainda, uma omissão por parte do Poder Judiciário e das políticas públicas de saúde mental com vistas a um tratamento mais humano e igualitário aos infratores portadores de transtorno mental.

Os movimentos reformistas da psiquiatria mudaram a forma de tratamento, garantindo as liberdades individuais aos portadores de transtorno mental. Diversos doutrinadores interpretam que a Lei da Reforma Psiquiátrica faz referência a sua aplicação para os portadores de sofrimento psíquico do sistema penal.

Para tentar controlar o atual modelo de segregação, novos programas de tratamento mais humanizados, como o PAILI e o PAI-PJ, foram aplicados em algumas cidades no país. Esses programas tiveram grande êxito e, portanto, devem ser expandidos para todo o país.

Esta pesquisa científica contribui com a evolução do saber humano acerca do modelo de medida de segurança adotado no país e com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental e penitenciária. Identificar as falhas e contribuir para a comunicação entre pesquisadores é primordial ao progresso das medidas de tratamento. Por isso, ainda pretendo pesquisar mais sobre medidas de segurança e outras alternativas de tratamentos mais humanos.

Nunca podemos esquecer que o sofrimento psíquico não coisifica seus portadores, eles continuam sendo iguais a todos nós. São seres humanos que merecem tratamentos eficientes para que possam viver em sociedade com mais dignidade e respeito.

Title: Stigmatization of mental disorder: people with psychological distress in the Brazilian penal system

Abstract: This work aims to show the criminal treatment offered to the mentally ill, analyzing the application of security measures. Through the bibliographic and theoretical rising, it was shown as the Brazilian penal system is still based on a Psychiatric Ward model for crimes committed by mentally ill, ignoring the progress of the psychiatry, mainly from the Psychiatric Reform Law. It is a model mirrored in the segregation, fruit of disregard and rejection of society with the mentally ill and much more serious than the punishment of the other offenders. Moreover, the article seeks to demonstrate new more efficient

and humanized methods in the treatment for these individuals, which are already being applied with great success in some cities in Brazil. Through these new models, we can achieve development by applying them all over the country and thus, walk towards a more humanized and democratic society..

Keywords: Stigmatization. Mental health. Criminology. Madness. Segregation. Law of Psychiatric Reform. Human Dignity Principle.

Referências

AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARAÚJO, Fabio Roque da Silva. Medida de segurança: caráter residual da internação. *Revista IOB de direito penal e processual penal*, São Paulo, v. 9, n. 57, ago./set. 2009.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal: introdução à sociologia do direito penal*. Tradução de Juarez Cirino dos Santos. 6. ed., 1. reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2013.

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.

BATISTA, Micheline. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, n. 40, abr. 2014.

BECKER, Howard S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de direito penal: parte especial* 1. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. In: BRASIL. *Vade mecum*. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 5-65.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Habeas Corpus nº 85.401, 2ª Turma, Brasília, DF, 11 de janeiro de 2010. Relator: Ministro Cezar Peluso. *Revista Trimestral de Jurisprudência*, Brasília, v. 213, p. 512, jul./set. 2010.

CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge de Medeiros. *Medida de segurança: ressocialização e a dignidade da pessoa humana*. 22. ed. Curitiba: Juruá, 2012.

CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CASTRO, Lola Aniyar de. *Criminologia da reação social*. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

CASTRO, Ulysses Rodrigues de. *Reforma psiquiátrica e o louco infrator: novas ideias, velhas prática*. Brasília: Hinterlândia Editorial, 2009.

DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DORNELLES, Renata Portella. *O círculo alienista: reflexões sobre o controle penal da loucura (medidas de segurança e internações compulsórias)*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2015.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na idade clássica*. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. 10. ed. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. Tradução de Eduardo Brandão. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

GRECO, Rogério. *Código penal comentado*. 9. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2015.

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

KARAM, Maria Lúcia. Punição do enfermo mental e violação da dignidade. *Revista PUC-SP*, São Paulo, 2002.

MARCHEWKA, Tânia Maria. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista de direito sanatório*, v. 2, n. 3, nov. 2001.

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

OLIVEIRA, Thiago Almeida de. *O doente mental, o princípio da dignidade da pessoa humana e a constitucionalização do direito: um urgentíssimo escrutínio (Neo) constitucional das medidas de segurança*. Universo jurídico, 16 nov. 2005. Disponível em: <http://uj.novaprolink.com.br/doutrina/2737/O_DOENTE_MENTAL_O_PRINCIPIO_DA_DIGNIDADE_DA_PESSOA_HUMANA_E_A_CONSTITUCIONALIZACAO_DO_DIREITO_UM_URGENTISSIMO_ESCRUTINIO_NEOCONSTITUCIONAL_DAS_MEDIDAS_DE_SEGURANCA>. Acesso em: 12 jan. de 2016.

QUEIROZ, Paulo. *Direito penal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

RIBEIRO, Bruno de Moraes. *Medida de segurança*. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Editos, 1998.

SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito penal*. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

TODO seu. Entrevista: história da loucura com Guido Palomba. *TV Gazeta*, São Paulo, 28 abr. 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CuQ1a4N1I_8>. Acesso em: 6 jan. 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão et al. *Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas*. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2014.

ZAFFARONI, Eugênio Raul; PIERANGELI, José Henrique. *Manual de direito penal brasileiro*. 7. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

Referência bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

BRAGA, Gabriele Vendruscolo. Estigmatização do transtorno mental: os portadores de sofrimento psíquico no sistema penal brasileiro. *Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios*, Brasília, n. 10, p. 193-236, 2016. Anual.

Submissão: 17/6/2016

Aceite: 26/9/2016