

**Brazilian Journal of Forensic Sciences,  
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: [www.ipebj.com.br/forensicjournal](http://www.ipebj.com.br/forensicjournal)



**A Sociedade e o Estado Perante a Medida de Segurança  
Brasileira e a Estigmatização do Criminoso  
com Transtorno Mental**

**The Society and the State before the Brazilian Security Measure  
and the Stigmatization of Criminal  
with Mental Disorder**

Raquel Helena Hernandez Fernandes<sup>1</sup> Daniel Pacheco Pontes<sup>2</sup>,  
Carla Aparecida Arena Ventura<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> *Instituto Paulista de Estudos Bioéticos e Jurídicos – IPEBJ*  
*E-mail: raquelhhfernandes@gmail.com*

<sup>2</sup> *Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,*  
*14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil*

<sup>3</sup> *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,*  
*14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil.*

*\* E-mail: caaventu@gmail.com*

Received 11 August 2015

**Resumo.** Os transtornos mentais sempre foram motivos de discussão, medo e preconceitos. Consequentemente, as pessoas com transtornos mentais pagam um preço muito alto para viver em sociedade, uma vez que são marginalizados. Vítima dessa condição de marginalização tem-se o criminoso com transtorno mental, o qual sofre por possuir o transtorno mental e por ter cometido um crime em virtude de sua condição psíquica. No Brasil, esses indivíduos ficam custodiados pelo Estado, por meio da medida de segurança, na modalidade de internação, com o objetivo de curá-los ou mantê-los controlados para um bom convívio em sociedade. Porém, a responsabilidade estatal é pouco cumprida, já que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não possuem estruturas para fornecer um bom tratamento a esses indivíduos, o que pode levar a uma cultura de eugenia e a psicofobia. Assim, este trabalho tem por objetivo demonstrar e

trazer a reflexão, através de estudos e análises de artigos científicos, doutrinas jurídicas e psiquiátricas, e legislações, que o criminoso com transtorno mental, no Brasil, não tem amparos estatal e social para tratamento e, conseqüentemente, a sua reinserção social é impossibilitada, fazendo com que a desinternação progressiva seja uma possível solução para amenizar esse cenário.

**Palavras chaves:** Crime; Transtorno mental; Medida de segurança; Estigmatização; Desinternação progressiva.

**Abstract.** Mental disorders have always been discussion of reasons, fear and prejudice. Consequently, people with mental disorders pay a very high price to live in society, since they are marginalized. Victim of this marginalization condition has criminal with mental disorders, which suffers for having the mental disorder and for committing a crime because of his mental condition. In Brazil, these individuals are guarded by the State, by security measure, the admission mode, in order to cure them or keep them controlled for a good life in society. However, state responsibility is hardly fulfilled, since the Custody and Treatment Psychiatric Hospitals do not have structures to provide good treatment to these individuals, which can lead to eugenics culture and psicofobia. This work aims to demonstrate and bring reflection, through studies and analyzes of scientific papers, legal and psychiatric doctrines and laws, the criminal with mental disorders in Brazil have non-state and social protections for treatment and, hence their social reintegration is impossible, causing the progressive suspension of internment is a possible solution to soften this scenario.

**Keywords:** Crime; Mental disorder; Security measure; Stigmatization; Progressive suspension of internment.

## 1. Introdução

O ser humano sempre foi dotado de complexidades, as quais, muitas vezes, não são explicadas pela ciência, sendo que uma das maiores delas é a mente humana. O desafio de entender a mente humana traz curiosidade e medo, assim como certezas e dúvidas, originando preconceitos e mitos.

Associado à mente está o comportamento social do homem, o qual é pautado em regras de boa convivência em sociedade. Conseqüentemente, muitas dessas regras foram transformadas em leis<sup>1</sup>.

Todavia, quando o homem apresenta comportamentos ditos como anormais, o que era e ainda é demonizado, e, além disso, passa a transgredir as

normas e as leis, as ciências tentam encontrar explicação plausível para esse fenômeno<sup>2</sup>.

Nesse contexto e levando-se em consideração que todos estão sujeitos ao acometimento de transtornos mentais e a delinquir, o Direito Penal, através do Código Penal Brasileiro de 1940<sup>3</sup>, abarcou leis e normas especiais para os sujeitos com transtornos mentais que cometem crimes, com base no pressuposto de que o indivíduo que está neste plano não pode ser submetido às mesmas leis e ao mesmo julgamento que um indivíduo normal.

Como consequência da situação mencionada, sentiu-se a necessidade de criar instituições e locais próprios para os tratamentos dos criminosos com transtornos mentais, de modo que estes recebessem tratamento adequado e a sociedade fosse protegida de futuros surtos e crimes desses indivíduos, o que originou as medidas de segurança e os primeiros manicômios judiciários, hoje denominados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico<sup>4</sup>.

Dessa forma, de acordo com a legislação, esses criminosos devem ser alocados nas referidas instituições e permanecer sob a custódia do Estado, após devidamente submetidos aos exames psiquiátricos pertinentes e julgados pelo Poder Judiciário, para que recebam os tratamentos necessários e adequados por tempo indeterminado, pois assim estabelecem o Código Penal Brasileiro<sup>3</sup>, a Lei de Execuções Penais<sup>5</sup> e a Lei da Reforma Psiquiátrica<sup>6</sup>.

Entretanto, dados de investigações indicam que os manicômios judiciários ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não cumprem com o tratamento disposto em lei, pois estes locais são deficitários em estrutura física, medicação e profissionais. Como se não bastasse, essa custódia ainda resulta na segregação social do indivíduo, o que também ocasiona a perda de chances de contato familiar<sup>7,8</sup>.

Diante desse quadro, dificilmente o criminoso com transtorno mental terá a chance de ser reintegrado à sociedade sendo submetido à prisão perpétua e à perda de sua identidade<sup>9</sup>.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo geral apresentar uma reflexão sobre a ineficácia legal, social e médica da medida de segurança na modalidade de internação, enfocando a possibilidade da desinternação progressiva ser uma alternativa de tratamento eficaz para os criminosos com transtorno mental.

Dessa forma, o artigo enfoca a discussão sobre os significados de transtorno mental, tanto para a área da saúde quanto para o Direito Penal Brasileiro; um breve histórico da abordagem social do criminoso com transtorno mental; especificações das medidas de segurança brasileiras; uma explicação de como é o tratamento nos manicômios judiciais brasileiros e como a sociedade e o Estado influenciam as suas condições; a desinternação progressiva como alternativa de tratamento do criminoso com transtorno mental e a estigmatização desse indivíduo.

### **1.1. Transtorno mental e seu significado para o Direito Penal Brasileiro**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (2015)<sup>10</sup>, transtorno mental é a condição caracterizada por alterações no modo de pensar e das emoções, algumas vezes associadas à angústia. Assim, transtorno mental pode ser entendido como uma variação do considerado “normal”, a qual é capaz de produzir prejuízo nas performances social, ocupacional, familiar e pessoal do indivíduo e/ou das pessoas de sua convivência<sup>11</sup>.

Os transtornos mentais podem ser classificados como endógenos ou congênitos (exemplos: esquizofrenia, paranoia e transtorno bipolar), exógenos (exemplos: demência senil, paralisia geral progressiva e epilepsia), neuroses e transtornos psicossomáticos. Importante salientar que algumas teorias psiquiátricas utilizam o termo “doença mental” para designar os transtornos exógenos, uma vez que estes apresentam fortes características de doença, no sentido real do termo<sup>11</sup>.

Não se pode olvidar que o transtorno mental ultrapassa a simples observação do comportamento e, para que haja a consideração de um real transtorno mental, a Psicologia e a Psiquiatria irão analisar não só o que o indivíduo faz, mas o porquê faz, o que pensa que está fazendo, a motivação de fazer e, principalmente, o que esse indivíduo sente com tudo isso<sup>11</sup>.

Pela visão da legislação, o Código Penal Brasileiro vigente (1940)<sup>3</sup>, em seu artigo 26, dispõe que é isento de pena o agente que por doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, era, ao tempo do crime, inteiramente incapaz de entender que a sua ação ou omissão é crime.

Percebe-se que o Direito Penal Brasileiro, apesar de falar em doença mental e não em transtorno mental, utiliza a conceituação deste último que foi

estabelecida pela Psicologia e pela Psiquiatria, ou seja, o Direito Penal Brasileiro entende e coaduna que o transtorno mental é uma conduta anormal do indivíduo, a qual, conseqüentemente, acarreta prejuízos em sua vida. Assim, para o Direito Penal Brasileiro, o transtorno mental é ligado à razão, ao livre arbítrio e ao estado psicológico no momento da conduta<sup>9</sup>.

Ainda neste sentido, importante mencionar que o Código Penal Brasileiro (1940)<sup>3</sup>, em seu referido artigo 26, traz termos como “doença mental”, “desenvolvimento mental incompleto” e “desenvolvimento mental retardado”. Os referidos termos e mais o termo “perturbação da saúde mental” para a Psiquiatria Forense são transtornos mentais que afetam a imputabilidade.

O Brasil adota o critério biopsicológico que leva em consideração para penalizar ou não penalizar o indivíduo o seu desenvolvimento mental e, em razão disso, a noção do caráter ilícito do fato ao tempo da ação ou omissão<sup>12</sup>.

Dessa forma, entende-se que não basta que o indivíduo possua um transtorno mental, mas, também, é necessário que o indivíduo não entenda a sua real conduta e nem a sua gravidade, caracterizando anormalidade de raciocínio ou sua inexistência.

## **1.2. Breve histórico da abordagem social dos criminosos com transtorno mental**

O “louco criminoso” sempre intrigou a comunidade científica e, também, a sociedade. Assim, surgiram teorias biológicas e sociais para tentar descobrir as razões pelas quais um indivíduo tornava-se louco criminoso e o que poderia ser feito com esse indivíduo em termos de penalização.

No final do século XIX e com influência da teoria evolucionista, surge a antropologia criminal, a qual é dedicada ao louco criminoso. O maior representante da referida teoria foi o médico Cesare Lombroso (1835-1909). Lombroso (2007)<sup>13</sup> argumentava que o criminoso é um indivíduo que possui características físicas e mentais próprias que o levam a cometer o crime, surgindo, assim, o conceito de “criminoso nato”.

Ainda, segundo Lombroso (2007)<sup>13</sup>, tais características são identificáveis, por meio de sinais anatômicos e adquiridas por hereditariedade. Assim, seria possível identificar, por meio dos referidos sinais, aqueles que estariam por

hereditariedade destinados à prática de condutas criminosas<sup>14</sup>. Portanto, para Lombroso, o criminoso já nasce criminoso.

Embora hoje pareça uma teoria eivada de devaneios, a Escola Positiva é responsável em grande parte pelo desenvolvimento das medidas de segurança, além de ter sido a pioneira a estudar o delinquente e a vítima, empregando, também, a individualização de pena.

Assim, a criminalidade tornou-se um objeto de estudo científico de profissionais que passaram a se preocupar com a prevenção de comportamentos criminosos e não apenas com a sua repressão.

Porém, essa teoria evolucionista logo encontrou oposições, já que foi um fator contribuinte para a marginalização de pessoas e classes sociais. Um dos opositores à teoria de Lombroso foi Lacassagne, o qual acreditava que a causa do crime é o meio social. Além disso, Lacassagne enfatizava que cada sociedade tem os criminosos que merece<sup>15</sup>.

### **1.3. Medidas de Segurança**

A medida de segurança é um instituto jurídico baseado no delito, de caráter penal e que possui relação direta com a periculosidade criminal revelada pelo delinquente após a prática do crime<sup>16</sup>.

As condições para a aplicação da medida de segurança são: o indivíduo tem que ter praticado um fato punível pela lei; deve apresentar periculosidade, a qual é atestada por meio de exames psiquiátricos e psicológicos; e incapacidade mental de discernimento sobre o fato punível cometido.

Dessa forma, os transtornos mentais podem gerar quadros de semi-imputabilidade, ou seja, quando há comprometimento parcial das capacidades de entendimento e/ou de determinação; ou de inimputabilidade, que é quando ocorre anulação das capacidades de entendimento e determinação<sup>7</sup>.

Diante do referido quadro, o juiz de direito profere uma sentença absolutória imprópria, que é uma absolvição da pretensão punitiva estatal. Entretanto, ela prevê uma sanção penal, qual seja, a medida de segurança. O objetivo da medida de segurança é segregar o indivíduo e, assim, impedi-lo do cometimento de novos crimes. Dessa forma, espera-se que o indivíduo tenha uma vida sem conflitos com a lei e com a sociedade<sup>7</sup>.

Importante também mencionar que a medida de segurança visa o tratamento do indivíduo para que este, um dia, retorne à sociedade. Entretanto, este objetivo demonstra-se apenas teórico quando se analisa o cenário atual da referida medida.

O Código Penal Brasileiro<sup>3</sup>, no artigo 96, traz duas modalidades de medidas de segurança: internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (manicômio judiciário); e tratamento ambulatorial. A internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é uma modalidade de medida de segurança detentiva, ou seja, o indivíduo fica internado sob custódia do Estado em um hospital psiquiátrico ou manicômio judiciário, os quais são, teoricamente, estabelecimentos adequados para que o indivíduo receba o tratamento necessário e não volte a delinquir.

Para que seja internado, o indivíduo deve ser submetido obrigatoriamente aos exames psiquiátrico, criminológico e de personalidade, segundo os artigos 100 e 174 c.c. os artigos 8º e 9º da Lei de Execuções Penais. É uma medida destinada necessariamente aos inimputáveis, ou seja, aos indivíduos que, através de exames psiquiátricos, sejam considerados inimputáveis e/ou tenham cometido crime punível com pena de reclusão<sup>5</sup>.

O artigo 98 do Código Penal traz a opção de internação para os semi-imputáveis quando comprovada a necessidade de especial tratamento curativo. Já o tratamento ambulatorial é uma medida de segurança restritiva, ou seja, o indivíduo não fica internado, mas, somente recebe tratamentos psiquiátricos e psicológicos mediante visitas aos hospitais psiquiátricos, conforme determinação do médico responsável<sup>16</sup>. Este tratamento é destinado aos semi-imputáveis e aos imputáveis.

Fato curioso é que a qualquer momento o juiz poderá determinar a conversão do tratamento ambulatorial em internação, caso seja medida necessária para fins terapêuticos, consoante artigo 97, § 4º do Código Penal. Somente após o trânsito em julgado é que a medida de segurança é aplicada, de acordo com o artigo 17 da Lei de Execuções Penais.

O prazo mínimo de cumprimento da medida de segurança é de um a três anos, conforme os artigos 97, §1º e 98 do Código Penal e independe do tipo de delito. O critério para fixação do prazo mínimo é de acordo com a maior ou menor periculosidade do indivíduo<sup>3,5</sup>.

Já o prazo máximo não é fixado em lei, sendo por tempo indeterminado e perdura enquanto não for verificada a cessação da periculosidade, por meio de perícia médica<sup>16</sup>.

Essa perícia é realizada por psiquiatra, possui a denominação de Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade e tem como objetivo avaliar o risco de violência que o indivíduo que está em tratamento oferece à sociedade, tentando definir o comportamento futuro do indivíduo.

Assim, existirão subsídios para o sistema judiciário manter o indivíduo ou não, em caso de periculosidade. Entretanto, há forte crítica no sentido de que há disparidade entre o estado mental do indivíduo durante a avaliação e a condição que ele possivelmente enfrentará após a cessação da medida de segurança, uma vez que durante a avaliação, o indivíduo está em um ambiente artificialmente protegido das situações que o perturbam ou que o levaram a cometer o delito<sup>7</sup>.

#### **1.4. O Tratamento nos Manicômios Judiciários Brasileiros, a sociedade, o Estado e a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Com a sanção da lei número 10.216 de 2001, ou seja, a lei da Reforma Psiquiátrica, os manicômios judiciários passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)<sup>6</sup>.

Assim, a pretexto de proteger a sociedade e curar os criminosos com transtornos mentais, estes são submetidos, através de medida de segurança, a tratamentos clinicamente questionáveis nos HCTPs<sup>17</sup>.

Os referidos hospitais ainda mantêm boa parte da forma estrutural e de tratamento dos antigos manicômios judiciários. Hoje, acredita-se que um dos únicos tratamentos degradantes que foi retirado do sistema é o eletrochoque<sup>18</sup>.

Os HCTPs, ou Manicômios Judiciários, são públicos, mas não integram o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sim, o Sistema Penitenciário, sendo regidos, portanto, pelos princípios da Lei de Execução Penal (lei nº 7210 de 1984). Dessa forma, essas instituições também não fazem parte do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar. Além disso, os Centros de Apoio Psicossocial - CAPS e os serviços de residência terapêutica não preveem atenção aos destinatários da medida de segurança, ou seja, as pessoas com transtornos mentais que cometeram crimes.

A doutrina jurídica se esforça no sentido de atribuir natureza curativa ou terapêutica à medida de segurança. Entretanto, é notório que razão não assiste à doutrina, como se verá no decorrer dessa argumentação.

Na visão médica-terapêutica, o referido tratamento é inócuo, pois é totalmente padrão, ou seja, resume-se à utilização de medicamento para todos os indivíduos, independentemente do tipo de transtorno mental que apresentam e, geralmente por questões econômicas, utilizam, no máximo, dois tipos de medicamento. Assim, um dos medicamentos utilizados em larga escala é o haloperidol, o qual é um antipsicótico de baixo custo<sup>9</sup>. Além disso, sabe-se que a psicoterapia não é um dos tratamentos utilizados ou mesmo um elemento de conjugação ao tratamento medicamentoso.

A grande crítica da Psiquiatria e da Psicologia é que embora muitas vezes seja necessário administrar medicação, a terapia farmacológica somente ameniza os sintomas dos transtornos mentais e a psicoterapia é quase inexistente<sup>9</sup>.

Ademais, não há consenso entre a Medicina, Psicologia e Direito no que se refere ao tipo de tratamento dos criminosos com transtornos mentais, pois o tratamento ao qual o infrator é submetido leva em consideração a sua periculosidade e a natureza do crime cometido, e não a natureza e a gravidade de sua doença<sup>7</sup>.

De acordo com a Psiquiatria Forense, o tratamento psiquiátrico para o restabelecimento da saúde mental do infrator deve seguir os mesmos critérios médicos aplicados a um paciente psiquiátrico não infrator. Entretanto, no ambiente real não há uma observação das necessidades peculiares do infrator e este não tem a possibilidade de escolher ou recusar o tipo de tratamento ao qual é submetido.

Some-se a isso o fato de que a indicação do tipo de tratamento é de ordem legal, ou seja, é um juiz de direito quem determina o tipo de tratamento, de acordo com que estabelece o Código Penal. É claro, portanto, que o juiz de direito não tem habilidades médicas. Assim, a indicação do regime de tratamento deve ser de ordem médica e não de ordem legal<sup>7</sup>.

Além das situações de tratamentos médicos aqui expostas, há outro fator de desmerecimento do tratamento nos manicômios judiciários, qual seja, os ambientes sub-humanos dessas instituições.

Mesmo com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a qual é pautada em princípios anti-manicomiais e reconhece a cidadania da pessoa com transtorno mental, de forma que seja considerado sujeito de direitos e detentor de cuidados por parte do Estado, percebe-se foi feita vista grossa em relação aos criminosos com transtornos mentais, sendo estes não agraciados com os benefícios previstos na referida lei, o que corrobora com o fato de que os ambientes dos HCTPs ainda apresentam parca estrutura de saneamento e conforto, além de serem incapazes de prestar adequada assistência médica e psiquiátrica aos infratores.

Em 2003, foi instituído o programa “De Volta para Casa”, por meio da Lei Federal nº 10.708 de 31 de julho de 2003. O referido programa tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de reinserção social de pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitando o convívio social e o resgate da dignidade. O programa também regulamenta um auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), aos seus beneficiários, cujo caráter, além de auxílio financeiro para um recomeço, é indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos degradantes. Entretanto, o referido programa não apresenta dados recentes que apontem a sua efetividade, prejudicando esta pesquisa, além de não fornecer informação suficiente para se saber se é destinado também aos criminosos com transtorno mental<sup>19</sup>.

Ainda em 2003, no mês de dezembro, com inspiração na Lei da Reforma Psiquiátrica, constituiu-se a Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), a qual foi originada a partir da decisão coletiva de representantes de 13 núcleos da luta antimanicomial de todo o Brasil. O objetivo fundamental da RENILA é a radical transformação das relações entre loucura e sociedade, visando-se combater todas as formas de aprisionamento e exclusão das pessoas com transtornos mentais, para que eles conquistem seus acessos ao pleno exercício da cidadania<sup>19</sup>.

Além disso, a RENILA criou o Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos (OSM), o qual tem como prerrogativa a defesa por políticas públicas que sejam direcionadas e tragam benefícios às pessoas com transtornos mentais, bem como a cobrança pelo respeito e sua inserção na sociedade. Porém, em

consulta recente ao website do OSM, percebe-se que não há qualquer informação recente sobre o andamento da RENILA e nem de projetos realizados ou em vias de realização<sup>20</sup>.

Em 13 de novembro de 2009, o OSM publicou o balanço nacional das vistorias realizadas na data 22 de outubro de 2009 pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB em 38 manicômios de 16 Estados e do Distrito Federal. O relatório é o último realizado que se tem notícias e afirmou: “que foram encontrados pacientes nus em regiões frias, hospitais tratando doentes mentais como presidiários, enfermarias fechadas com grades e cadeados, hospitais sem plantões médicos no fim de semana, alguns sem terapeutas ocupacionais, e hospitais sem medicamentos indispensáveis aos tratamentos.”<sup>20</sup>

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) afirma que os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são locais sem política de direcionamento de tratamento dos pacientes. Em seu último relatório, publicado no ano de 2010, a ABP revelou que: “constatamos que nesses últimos oito anos nenhuma medida eficaz foi tomada para a melhora desse triste panorama nacional. A simples mudança do nome Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em nada transformou a realidade precária na qual se transitam os doentes mentais no limite da total desassistência.”<sup>18</sup>

Diante do cenário apresentado, não restam dúvidas de que a medida de segurança brasileira viola princípios basilares da Constituição Federal Brasileira<sup>21</sup> e a Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>22</sup>.

Quando inserido nessas instituições para tratamento, o criminoso com transtorno mental é esquecido e deixa de ter a sua identidade a partir do momento em que recebe o mesmo tratamento medicamentoso que os demais criminosos com transtorno mental existentes nesses locais.

Os direitos à existência e à integridade física são violados no momento em que o criminoso com transtorno mental é inserido em uma instituição onde será submetido a um tratamento que o agredirá psicológica e fisicamente, uma vez que os ambientes são totalmente inóspitos e aquele fará uso de uma medicação inócua, mas capaz de dopá-lo e tirá-lo de qualquer razão. Assim, o indivíduo não tem condições de lutar pela própria vida e, conseqüentemente, terá seu corpo agredido, perdendo seus direitos fundamentais.

Necessário se faz ressaltar que os tratamentos impostos aos criminosos com transtornos mentais ferem o direito à integridade moral, pois a tortura praticada por autoridades, que no caso ora em estudo é o Estado, configura patente violação àquela<sup>23</sup>.

Ademais, inúmeros outros direitos são violados, de forma que para representá-los basta mencionar a violação da dignidade da pessoa humana, a qual é a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano, o que faz com que seja merecedor de respeito por parte do Estado e da sociedade, implicando um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa contra todo e qualquer ato degradante e desumano, como também lhe garante condições mínimas de existência para que tenha uma vida digna, além de proporcionar e promover sua participação ativa e responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos<sup>24</sup>.

Além disso, o médico psiquiatra, quando faz a avaliação periódica do indivíduo, tem receio de ser responsabilizado por qualquer atitude delituosa que aquele pratique caso seja cessada a medida de segurança. Isso acontece pelo fato de que muitas vezes o médico psiquiatra acredita que o indivíduo pode ter a medida de segurança cessada, desde que faça tratamentos ambulatoriais que são previstos em lei, mas que não existem por falta de apoio estatal. Dessa forma, levando-se em consideração a situação acima narrada e o fato de que o juiz de direito utiliza-se do laudo do médico psiquiatra para cessar ou não a medida de segurança, ao indivíduo é imposta uma verdadeira prisão perpétua<sup>7</sup>. Porém, é inaceitável constitucionalmente que haja privação perpétua da liberdade de um indivíduo a título de tratamento<sup>25</sup>.

Assim, o criminoso com transtorno mental que está internado deve demonstrar que aceita o lugar onde está internado e o tratamento ao qual está sendo submetido para sair do hospital ou melhorar sua vida dentro dele<sup>2</sup>.

Ademais, o próprio termo “medida de segurança” já traz a conotação de que o objetivo do tratamento imposto pelo Código Penal é resguardar e proteger a sociedade contra uma pessoa com transtorno mental que cometeu um crime, e não o tratamento do infrator, o que vai totalmente contra o disposto no artigo 2º e seus incisos da lei 10.216/2010, sendo que tal artigo dispõe que o indivíduo deveria ter um tratamento adequado, com humanidade e respeito, de forma a

beneficiar exclusivamente a sua saúde, visando alcançar a sua recuperação e, conseqüentemente, ser inserido em sociedade<sup>3,6</sup>.

Por outro lado, há quem defenda que a medida de segurança deve, justamente, proteger a sociedade de um possível comportamento violento recidivante de uma pessoa com transtorno mental, pouco importando a que tipo de tratamento está sendo submetido o indivíduo.

Percebe-se, assim, que não restam escolhas ou alternativas ao principal personagem de toda a história, ou seja, o criminoso com transtorno mental.

### **1.5. Desinternação progressiva como alternativa de tratamento do criminoso com transtorno mental**

A desinternação progressiva é um benefício concedido pelo Poder Judiciário que visa a resinserção social dos criminosos com transtornos mentais que estão sob medida de segurança. Durante esse período em que é concedido o benefício, os pacientes passam a sair do HCTP esporadicamente, mediante solicitação das equipes terapêuticas, as quais elaboram os laudos de verificação de periculosidade. De acordo com o estágio do tratamento e dos objetivos terapêuticos, o benefício ocorre através de saídas do hospital. Essas saídas podem variar em fins de semana com a família, passeios ou visitas programadas e saídas diárias, semanais ou até mesmo por períodos mais longos. O processo se encerra quando o indivíduo retorna ao HCTP anualmente, para a realização de exames<sup>26</sup>.

Assim, percebe-se que a desinternação é concedida somente em casos em que psiquiatras e psicólogos entendem que a concessão do benefício ao criminoso com transtorno mental não acarretará risco a ele próprio e à sociedade, já que com os tratamentos e laudos há a constatação de aquele não possui chances de ter surtos e, possivelmente, voltar a delinquir.

Sabe-se que o processo de desinternação progressiva e, conseqüente, de ressocialização é bastante complexo, tanto para os criminosos com transtornos mentais que estão sob a medida de segurança, quanto para suas famílias e, também, para a sociedade em geral. O momento da saída definitiva do hospital ou do manicômio, quando é possível, é muito esperado. Entretanto, na maioria dos casos, esse momento vem repleto de muita angústia e incertezas em relação ao mundo que está fora do hospital<sup>26</sup>.

A referida desinternação ainda é pouco adotada pela maioria dos estados brasileiros e acredita-se que seja pela falta de incentivos estatal, social e da classe psiquiátrica, a qual se sente altamente comprometida com o laudo psiquiátrico que acaba por ser o fator determinando para conceder ou não a desinternação progressiva.

Outra das grandes dificuldades de implantação da desinternação progressiva é que não existe legislação penal brasileira que regule tal benefício. Porém, a desinternação progressiva tem alicerces na defesa dos direitos humanos e na liberdade, além de estar pautada na inclusão social<sup>26</sup>.

Por outro lado, é importante também mencionar o fato de que muitos dos criminosos com transtornos mentais sofrem de ansiedade por conta da incerteza de como serão suas vidas em um contexto extrainstitucional e também por se depararem com fatores motivadores de sua internação, apresentando piora de comportamento e de sintomas psiquiátricos<sup>27</sup>.

Mesmo diante do contexto acima explanado, existem tentativas do uso da desinternação progressiva em alguns estados brasileiros, como São Paulo e Minas Gerais. Entretanto, o Estado de São Paulo ainda é muito tímido no que se refere à desinternação progressiva, contando apenas com projetos na área, cujo intuito é a promoção da aproximação dos familiares com os criminosos com transtornos mentais que estão sob medida de segurança. Entretanto, a Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo (SAP) carece de informações disponíveis para pesquisa e conhecimento neste campo<sup>28</sup>.

Já o Estado de Minas Gerais realmente apresenta um programa de desinternação progressiva, denominado de Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental (PAI-PJ). Esse programa é do Tribunal de Justiça de Minas Gerais e realiza acompanhamento do criminoso com transtorno mental<sup>29</sup>.

A intervenção do PAI-PJ é determinada por juízes das varas criminais, que, auxiliados por equipes multidisciplinares do programa, definem qual é a melhor medida judicial a ser aplicada, com o objetivo de conjugar tratamento, responsabilidade e inserção social.

Assim, com acompanhamento dos processos criminais de pessoas com transtornos mentais; auxílio à autoridade judicial na execução das medidas de segurança; promoção de acesso ao tratamento em saúde mental na rede

substitutiva ao modelo manicomial; trabalho no sentido de viabilizar a acessibilidade aos direitos fundamentais e sociais previstos e promoção do modelo intersetorial e interdisciplinar, com psicólogos, assistentes sociais, bachareis em Direito, e com objetivo de fornecer atenção integral à pessoa com transtorno mental, o programa registrou índice de 2% de reincidência criminal dos pacientes, sendo somente crimes de menor gravidade, ou seja, mesmo aqueles que foram submetidos à medida de segurança por prática de crime violento, não voltaram a cometê-lo<sup>29</sup>.

Até março de 2010, pelo programa já passaram 799 (setecentos e noventa e nove) criminosos com transtornos mentais. Na época, dos criminosos com transtornos mentais atendidos pelo programa, 70% estavam cumprindo medida de segurança em casa, junto de suas famílias, trabalhando ou estudando, 23% estavam em regime de internação e 7% estavam internados na Rede Pública de Saúde<sup>29</sup>.

### **1.6. Estigmatização do Criminoso com Transtorno Mental: Eugenia e Psicofobia**

A pessoa com transtorno mental, a qual também é denominada historicamente como louca, sempre foi reconhecida pela sociedade como estranha à sua própria pátria<sup>30</sup>.

Desde a Idade Média, a loucura tem sido um obstáculo para a sociedade e foi na Era Clássica que a loucura passou a ser estritamente ligada ao internamento, ou seja, o indivíduo que perturbava a sociedade ou significava ameaça poderia ser internado. Assim, os hospitais de custódia ou casas de abrigo não abrigavam somente os loucos infratores, mas, também, todos aqueles que desarranjassem a paz social<sup>12</sup>.

Na Era Moderna, ocorreu uma grande transformação social, de forma que a indústria crescia e o campo minguava. Dessa forma, os camponeses passaram a viver nos grandes centros urbanos e, com isso, passaram a figurar na miséria das cidades por falta de trabalho. A sociedade da Era Moderna, assim como na da Era Clássica, não via tal situação com bons olhos, pois havia a crença de que a classe miserável maculava a boa imagem daquela, fazendo com que os considerados vadios e miseráveis fossem marginalizados e colocados em asilos. Assim, a configuração da sociedade marginalizada era dividida da seguinte forma:

os criminosos, que passaram a integrar os cárceres, dentre estes, o manicômio; e os rejeitados socialmente, por condições sociais e financeiras, que passaram a integrar os asilos<sup>4</sup>.

Diante de tal configuração, é notório que durante anos houve e ainda há uma mescla entre o direito penal e a assistência às pessoas com doenças mentais (criminosos ou não), confundindo, inclusive, a situação dos excluídos sociais. Assim, dois grandes estigmas surgiram no Estado Moderno: o cárcere e o manicômio, pois os caminhos do direito penal e da assistência aos loucos se entrecruzaram e se confundiram, uma vez que ambos são vistos como alternativa para os excedentes sociais excluídos da sociedade<sup>15</sup>.

Esse posicionamento demonstra que os hospitais psiquiátricos serviram para excluir o criminoso com transtorno mental, de forma a manter a sociedade afastada e protegida, além de manter-se indiferente à possibilidade de outras alternativas para tratamentos e questões que o envolviam.

Assim, a sociedade sempre teve medo e receio do que é anormal ou seja, de comportamentos desviantes. Os viciados em drogas, os criminosos, os ciganos, as prostitutas, os homossexuais e demais pessoas com comportamentos pouco comuns à sociedade sempre foram vistas e colocadas em uma espécie de negação da ordem social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica, através de seus dados, que as pessoas com transtornos mentais estão entre os grupos sociais mais marginalizados na maioria dos países e que os transtornos mentais são historicamente estigmatizados<sup>10</sup>. Dessa forma, o criminoso com transtorno mental também se insere nessa espécie de negação da ordem social, já que no passado faltava à sociedade explicações sobre a loucura, trazendo o medo do desconhecido.

Assim, estigmas foram criados e a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, um processo que ocorre sempre que há normas de identidade<sup>31</sup>.

O cientista inglês Francis Galton (1822-1911) criou o termo eugenia, que é uma derivação do evolucionismo, e tem o significado de estudos dos fatores socialmente controláveis que podem beneficiar ou prejudicar qualidades raciais das futuras gerações, tanto física quanto mentalmente<sup>4</sup>. A partir de então e com a ideia de que seria possível controlar os fatores desviantes e, assim, separar o

doente do saudável, o termo eugenia começa a ser associado ao termo sanitarianismo, no sentido de limpeza social.

Dessa forma, os indivíduos que maculavam a sociedade passaram a fazer parte de uma cultura eugênica, ou seja, de limpeza social, de forma que eram e ainda são marginalizados. A consequência da referida cultura eugênica é o surgimento da psicofobia, termo este utilizado por psiquiatras e psicólogos para significar o preconceito contra as pessoas com transtornos.

O criminoso com transtorno mental sofre com a eugenia e com a psicofobia não só por possuir o transtorno mental, mas, também, por ter cometido um crime e ser considerado perigoso. O mito da periculosidade faz parte do senso comum, levando o criminoso com transtorno mental a ser submetido a um tratamento médico de segregação em estabelecimentos de condições desastrosas, sem respeitar sua dignidade humana.

Para corroborar com o acima explanado, tem-se o fato de que o Código Penal traz a periculosidade como elemento norteador da imposição da medida de segurança, sem apontar a existência de qualquer fundamento científico para o que possa vir a ser a periculosidade<sup>32</sup>. A própria legislação brasileira carrega a estigmatização e a psicofobia, o que não é de se assustar, uma vez que a legislação é o reflexo da sociedade.

A marginalização, a estigmatização e a psicofobia com relação ao criminoso com transtorno mental é patente dentro de sua própria família, pois ter uma pessoa com transtorno mental na família é, muitas vezes, motivo de vergonha, sendo esta situação agravada quando ele é criminoso.

É claro que não se pode desconsiderar o fato de que a convivência com a pessoa com transtorno mental é considerada tarefa difícil na maioria das vezes, devido ao seu comportamento muitas vezes imprevisível, agressivo ou isolado, levando ao cansaço dos familiares e medo da sociedade<sup>8</sup>.

Não bastassem os tratamentos médicos inócuos, os criminosos com transtornos mentais, na maioria dos casos, perdem vínculos familiares e de amigos, ocasionando, assim, uma ratificação da perda de identidade desses indivíduos<sup>26</sup>.

## 2. Considerações Finais

Desde a Idade Média o transtorno mental foi motivo de dúvidas, medo, preconceito e mitos. Conjugado a isso, a pessoa com transtorno mental era e ainda é marginalizada pela sociedade e pelo Estado. Situação mais grave é a do criminoso com transtorno mental, pois, além de ser marginalizado por ser doente mental, é também estigmatizado por ter cometido um crime, do qual, muitas vezes, não tem discernimento.

Não bastassem a marginalização e a estigmatização do criminoso com transtorno mental, há ainda a ineficácia dos tratamentos impostos ao mesmo por meio da medida de segurança. Os HCTPs em nada se parecem com ambientes médicos, mas, sim, com verdadeiras prisões perpétuas onde o condenado aguarda o fim da vida.

A prisão perpétua desses indivíduos é decorrente não só da falta de tratamento eficaz, o que os impossibilita ter uma vida socialmente normal, mas, também, da responsabilidade exacerbada que os psiquiatras possuem ao compor um laudo psiquiátrico, já que, como mencionado no decorrer deste trabalho, aquele é elaborado quando o indivíduo está em ambiente favorável à sua melhora psicológica, o que causa dúvidas quanto ao seu comportamento em ambiente exterior ao do HCTP.

Ademais, o juiz de direito, para cessar a medida de segurança ou mesmo conceder a desinternação progressiva, levará em consideração o laudo psiquiátrico. Assim, caso o laudo aponte que o indivíduo está apto a viver novamente em sociedade e, posteriormente, venha a cometer um crime devido ao seu estado mental transtornado, a sociedade e a mídia atribuirão, de forma errônea e figurativa, o cometimento do crime ao psiquiatra e ao juiz de direito responsáveis pelo caso.

Esse receio dos psiquiatras ocorre, principalmente, porque o Brasil possui poucos modelos de tratamentos ambulatoriais eficientes de desinternação progressiva. Os tratamentos ambulatoriais existentes dificilmente acompanham o indivíduo fora dos HCTPs. Dessa forma, é preferível, para a classe médica, que o indivíduo continue internado, pois, assim, ele poderá ser monitorado o tempo inteiro.

Percebe-se, portanto, que por motivos legais e sociais a medida de segurança tem como objetivo único e exclusivo a proteção da sociedade e não o

tratamento eficaz do criminoso com transtorno mental. Essa proteção faz com que a sociedade se mantenha inerte com tudo o que se refere aos criminosos com transtornos mentais.

É inconcebível que um ser humano, detentor de direitos, e que esteja aos cuidados do Estado, seja submetido à uma prisão perpétua mascarada, além de ter os seus direitos constantemente violados por não ter tratamento de saúde adequado.

Algumas tentativas de melhorias nas situações sociais e de saúde dos criminosos com transtornos mentais foram empreendidas por meio de programas governamentais. Entretanto, conforme analisado através dos dados apresentados neste trabalho, a grande maioria desses programas pouco fez pelo criminoso com transtorno mental.

Embora seja compreensível até por motivos históricos e culturais o medo que os criminosos com transtorno mental causam, principalmente com a possibilidade de voltar a viver em sociedade, existem alternativas para que essa convivência entre a sociedade e eles seja pacífica.

É notório que a sociedade e o criminoso com transtorno mental são atores diferentes, com necessidades diferentes e ambos necessitam de cuidados diversos. Assim, o trabalho primordial para que a relação das duas partes seja pacífica é desmistificar toda a estigmatização que existe sobre o louco infrator e a psicofobia que existe sobre quem possui um transtorno mental, criminoso ou não, levando para a sociedade um pouco de conhecimento científico sobre o assunto.

Além disso, através de programas como o PAI-PJ, percebe-se que os trabalhos de equipes multidisciplinares auxiliam de sobremaneira o retorno do indivíduo ao convívio em sociedade. Assim, o criminoso com transtorno mental não deve ser tratado somente como um caso de polícia ou do Poder Judiciário, mas, também, como um caso de saúde pública.

O Poder Judiciário precisa acreditar que sozinho não irá melhorar a situação dos criminosos com transtornos mentais, necessitando aliar-se aos psicólogos, psiquiatras, antropólogos, médicos em geral, assistentes sociais, enfermeiros e demais profissionais pertinentes à área.

Deixar o ser humano ao desabrigo é causar-lhe rasgos na alma e, conseqüentemente, jamais curá-lo ou melhorá-lo psicologicamente. Assim, enquanto não houver comprometimento estatal no âmbito da saúde e do Poder

Judiciário, além de apoio das classes dos profissionais da área da saúde para melhorar as formas de tratamentos médicos e sociais das pessoas com transtornos mentais, criminosos ou não, a prisão perpétua, mascarada em forma de medida de segurança, continuará existindo e efetuando o seu trabalho indigno e desumano como tem sido feito até o presente momento.

## Referências

1. Neves GMP. O homem e a norma. Revista Destarte, 2003, vol. 2, n. 1, p. 29-56.
2. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva S.A., 1974, p. 312.
3. Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei nº 2.848 de 07.12.1940. DOU de 31/12/1940.
4. Kummer LO. A psiquiatria forense e o Manicômio Judiciário do Rio Grande do Sul: 1924-1941. 157f. [Tese de Doutorado em História]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
5. Brasil. Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. DOU de 13/07/1984.
6. Brasil. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. DOU de 09/04/2001.
7. Abdalla-Filho E.; De Souza, PA. Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil. Rev. Bioética, Brasília, 2009, v.17, n. 5, p. 181-190.
8. Ventura CAA; Moraes VCO; Jorge MS. Os profissionais de saúde e o exercício dos direitos humanos por portadores de transtornos mentais. Rev. Eletr. Enf. (Internet). 2013 out/dez;15(4):854-61. 
9. Ulhoa TH. Sobre punir os enfermos mentais. Revista do Centro Acadêmico Afonso Pena (internet), 2008, p. 333-373.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). Livro de Recursos Humanos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Cuidar sim, Excluir não. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2005.
11. Ballone GJ; Guimarães LAM; SOUZA JC. Psicopatologia e psiquiatria básicas. São Paulo: Vetor, 2004, p. 27-35.
12. Pereira SCD. Reforma Psiquiátrica versus Sistema de Justiça Criminal: A luta pela efetividade dos Direitos Humanos ao louco infrator. Revista de Estudos Jurídicos UNESP, Franca, a. 2012,16, n. 23, p. 311-328.
13. Lombroso C. O homem delinquente. Trad. Sebastião José Roque, São Paulo: Ícone, 2007.
14. Bitencourt CR. Tratado de Direito Penal. São Paulo: Ed. Saraiva, 2008.

15. Viana I, Souza LE. Como são tratados os doentes mentais infratores? Periculosidade, Medida de Segurança e Reforma Psiquiátrica. *RDisan*, São Paulo, Nov.2011/Fev.2012, v. 12, n.3, p. 161-176.
16. Prado LR. Curso de Direito Penal Brasileiro – parte geral. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002, Vol. 1. 3ª ed.
17. Cia M. Medias de segurança no Direito Penal brasileiro: a desinternação progressiva sob uma perspectiva político-criminal. São Paulo: Editora Unesp, 2011.
18. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Relatório: Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL\\_FORENSE-18\\_10\\_Joao\\_2.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf)>. Acesso em 25 out. 2014.
19. Programa “De volta para casa”. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/apresentacao.html>>. Acesso em 04 fev. 2015.
20. Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos. Histórico da RENILA. Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/sobre/>>. Acesso em 15 jan. 2015.
21. Associação BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Relatório: Hospitais de Custódia no Brasil: avaliação e propostas. Disponível em: <[http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL\\_FORENSE-18\\_10\\_Joao\\_2.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/comunicado/arquivo/comunicado-104/MANUAL_FORENSE-18_10_Joao_2.pdf)>. Acesso em 25 out. 2014.
22. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em <<http://www.dudh.org.br/>>. Acesso em 15 jan. 2015.
23. Silva JA. Curso de Direito Constitucional Positivo. 25ª ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
24. Sarlew IW. Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007. p. 62.
25. Zaffaroni ER; Pierangeli JH. Manual de direito penal brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999, vol. 1.
26. Marafiga CV, Celho ER, Teodoro MLM. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. *Rev. Mental (online)*, Barbacena, 2009, vol. 7, n. 12, p. 77-95.
27. Salles MM, Barros S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social louco. *Rev. Imaginário (online)*, São Paulo, vol. 12, n. 13, p. 397-418, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-666X2006000200018&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-666X2006000200018&script=sci_arttext)>. Acesso em 15 jan. 2015.
28. Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Encontro de Familiares no HCTP II de Franco da Rocha. Disponível em: <<http://www.sap.sp.gov.br/noticias/not86.html>>. Acesso em 29 jan. 2015.

29. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator. Disponível em: <[http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai\\_pj/](http://ftp.tjmg.jus.br/presidencia/projetonovosrumos/pai_pj/)>. Acesso em 29 jan. 2015.
30. Foucault M. História da Loucura. Trad. José Teixeira Coelho Neto, São Paulo: Perspectiva, 2004.
31. Goffman E. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Mathias Lambert, 4ª ed., editora Guanabara, 2004, p. 111.
32. Mattos V de. apud Ulhoa TH. Crime e psiquiatria: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006 apud Sobre punir os enfermos mentais. Revista do Centro Acadêmico Afonso Pena (internet), p. 333-373, 2008. Disponível em: <<http://www2.direito.ufmg.br/revistadoacaap/index.php/revista/article/view/74>>. Acesso em 25 out. 2014.