

dos, e o direito à saúde em sua dimensão social e econômica. Enquanto se discute o direito à saúde como o direito à vida, há uma convergência histórica construída sobre a questão, integrando o rol dos direitos humanos reconhecidos universalmente, sendo incontestada sua validade em tempos atuais. Entretanto, o direito à saúde ao incorporar o conceito ampliado de saúde e a dimensão de sua fruição e garantia efetiva, impõe outra abordagem que pode contribuir para o entendimento tanto da demora na operacionalização da *Lei nº. 10.216*, como para a materialização das conquistas da Reforma Psiquiátrica também para as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos.

Os direitos expressam formas de relação entre grupos e segmentos populacionais com valores, necessidades e interesses distintos, os quais são mediados pelo Estado. São incluídos ou não na agenda pública de acordo com a potencialidade dos sujeitos políticos em aglutinar posições convergentes. Nessa perspectiva os direitos expressam o seu conteúdo relacional, não sendo nômadas na ordem social, ultrapassando, portanto, uma idéia de direito que “*apresenta em sua base uma concepção antropológica do sujeito, inevitavelmente liberal: o indivíduo como o primeiro, como o que vem antes de seu ser em sociedade, por isso, portador de direitos*”². Os direitos são construídos e alterados nos processos societários e constituem-se em expressões valorativas presentes nas regras, hábitos, normas e leis.

Com base na argumentação acima, caberia indagar quais sujeitos políticos representam os interesses dos loucos criminosos, que, de *per se*, são considerados legalmente como não sujeitos de direitos. Onde se localizam as raízes dos conflitos, ou seja, quais são os interesses acadêmicos, políticos, profissionais, econômicos ou religiosos presentes nessa disputa?

Concluindo, e sem discordar das autoras, manifesto uma preocupação com o cancelamento da inimizabilidade com base nos argumentos anteriormente apresentados sobre a garantia de direitos e suas condicionalidades. Seria o caso de se cancelar definitivamente a inimizabilidade? Não se correria o risco de reduzir a equidade no trato das pessoas com transtorno mental autoras de delitos, encarcerando-as junto com delinquentes comuns ou tornando-as alvo de represálias e maus-tratos?

1. Peres MFT, Nery Filho A. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2002; 9:335-55.
2. Liguori G. Estado e “mundialização” em Gramsci. *Crítica Marxista* 2000; (4-5). http://www.citinv.it/publicazioni/CRITICA_MARXISTA (acessado em 10/Out/2000).

Lucilda Selli

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil. lucilda@unisinos.br

O artigo *Direitos das Pessoas com Transtorno Mental Autoras de Delitos* coloca em pauta o problema do direito à saúde nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), na perspectiva dos direitos humanos. O texto assevera que o modelo de assistência adotado no tratamento das pessoas com transtornos mentais é o de exclusão, tanto nos hospitais psiquiátricos para loucos não-infratores como naqueles para loucos infratores, onde a exclusão é mais incisiva, legitimando a segregação e configurando espaços de estigmatização e de obscuridade. Aponta como estratégia de enfrentamento para o “caos detectado” o fim da inimputabilidade ou irresponsabilidade e da medida de segurança.

Nessa linha de raciocínio, entende que todas as pessoas seriam, assim, consideradas efetivamente iguais perante a lei. O exposto abre espaço para questionamentos candentes no que diz respeito ao modelo assistencial hegemônico em saúde mental. A questão central, que merece especial atenção na discussão em foco, diz respeito à proposta ventilada pelas autoras de imputar pessoas com transtorno mental autoras de delitos como forma de assegurar o seu não-confinamento no manicômio judiciário.

Em uma leitura bioética, para que uma pessoa possa responder por seus atos deve apresentar capacidade de autonomia. Essa supõe condições de compreensão, raciocínio, deliberação e escolha¹. A pessoa com transtorno mental está vulnerabilizada, incapacitada de agir intencionalmente, portanto sem condições para conhecimento de causa e participação consciente e consentida na sua penalização. Penalizar esse tipo de pessoa constitui mais uma forma de exclusão configurada no não-acolhimento de seu limite e no trato inadequado de sua diferença em necessidades, também, garantida constitucionalmente.

A diferença em necessidades traz à baila o papel da equidade na condução do dilema ético na busca da justiça possível rumo à realização dos direitos humanos universais. A equidade implica o reconhecimento do direito de cada um a partir de suas diferenças². Em outras palavras, é poder enxergar necessidades diferentes de indivíduos diferentes e em situações diferentes.

Visando a garantir a dignidade dessas pessoas portadoras de transtornos mentais autoras de delitos, o nosso ordenamento jurídico estabelece o cumprimento de medidas de segurança que têm por objetivo principal buscar a prevenção, a cura e o tratamento dos doentes mentais no sentido de recuperá-los com tratamento curativo³. Cabe ressaltar que a medida de segurança tem

uma finalidade completamente distinta daquela proposta pela pena restritiva de direitos, ou seja, a pena visa à punição do agente e predomina o fim repressivo.

Forçar um tratamento igualitário para todos os apenados, independente das condições pessoais de competência, dessa forma, colocando-os em situação de vala comum, configura um não-respeito à singularidade da pessoa em estado de incompetência. Portanto, nessa perspectiva, responsabilizar pelo delito cometido não se coaduna com penalizar. A capacidade para entender o caráter ilícito do fato consumado pela pessoa com transtorno mental autora de delito deve ser considerada.

O texto justifica que a penalização garante à pessoa um prazo determinado para ficar no HCTP, podendo depois alcançar sua liberdade. Não sendo penalizado, é recolhido e permanece confinado e sem perspectivas. Não é o que prevê o *Código Penal* brasileiro e o determinado para o HCTP. Nos processos penais em que são aplicadas medidas de segurança, a *Lei nº. 7.210/84 (Lei de Execução Penal)* assegura todos os direitos a fim de tutelar a dignidade humana. São realizados exames psiquiátricos regularmente, bem como a realização de demais exames que se façam necessários aos doentes mentais delinquentes. A lei também prevê condições mínimas de tratamento como a salubridade do ambiente, a presença de profissionais habilitados, a individualização na execução da medida de segurança e a transmissão de valores necessários à convivência em sociedade ⁴.

A opção de penalizar reforça o modo de ser tradicional do hospital, eximindo-o da sua responsabilidade. Uma forma de reagir à exclusão individual das pessoas com transtorno mental autoras de delitos é exigir do HCTP o exercício de suas funções, avançando do asilamento e segregação para a reinserção com condições e acolhimento respeitoso e cuidado adequado para os vulnerabilizados sem perspectivas de reinserção social. Cabem ao Estado e à sociedade dar condições ao Manicômio Judiciário para cumprir plenamente com seu mister e exigir que cumpra fidedignamente com o seu papel na sociedade. A constatação de condições subumanas e segregacionistas aponta a necessidade de transformação dos manicômios judiciários em espaços mais justos e humanos. É preciso introduzir uma vontade política social de “curar” o estigma construído em torno do HCTP como espaço de confinamento e, desta forma, fazer frente à idéia de Manicômio Judiciário que atravessou os tempos.

O segundo aspecto apontado no texto, o qual traduz uma das medidas necessárias para o en-

frentamento do problema em debate, diz respeito ao modo de pensar e fazer saúde no país. O texto em tela faz referência ao Programa Saúde da Família, introduzido como estratégia de superação do modelo hegemônico em saúde e que, na prática, não tem propiciado uma atenção adequada à saúde mental. Vislumbra a medida da integração de ações entre os Ministérios da Justiça e da Saúde, enriquecida pela participação de outras instâncias da sociedade e profissionais da saúde como possibilidade de efetivar mudanças no sistema de prática assistencial desenvolvida no HCTP.

O Ministério da Saúde lançou, em 2004, o programa HumanizaSUS no sentido de criar uma Política Nacional de Humanização ⁵. Essa preocupação responde ao princípio da integralidade que é uma das bases conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS). Os níveis de acolhimento e de vínculo são indicadores fundamentais da construção de integralidade na saúde. Trata-se de dimensões da prática que vão além do uso de tecnologias, porque atingem a subjetividade do usuário e do próprio trabalhador. O interesse do Ministério da Saúde é construir e pactuar uma política que assuma a humanização como eixo das práticas de atenção e gestão do SUS.

O enfrentamento do confinamento das pessoas acometidas por transtorno mental e autoras de delitos e a garantia do direito à saúde, como um dos direitos humanos, implicam, na prática, o cumprimento da *Lei nº. 10.216*, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental ⁶.

Nessa perspectiva, discutir o direito à saúde dos internos nos HCTP, na ótica dos direitos humanos, é uma forma de pressionar o cumprimento da lei, bem como de avançar da lei para uma relação verdadeiramente qualificada no sentido de respeito aos humanos conforme prevê a Política Nacional de Humanização.

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th Ed. New York: Oxford University Press; 1994.
2. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética* 1998; (97):28.
3. Mirabete JF. Processo penal. 12^a Ed. São Paulo: Atlas; 2001.
4. Brasil. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 11 jul.
5. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

6. Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001; 6 abr.

As autoras respondem

The authors reply

Ludmila Cerqueira
Correia
Isabel Maria Sampaio
Oliveira Lima
Vânia Sampaio Alves

O exercício do debate em torno do tema dos direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos se fortalece mediante as contribuições dos debatedores, a quem expressamos nosso reconhecimento pelos valiosos comentários e oportunos questionamentos.

O artigo objetiva discutir o direito à saúde dos internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) na perspectiva dos direitos humanos. O assunto agrega temas transversais, quais sejam: o da inimputabilidade penal do *louco-criminoso*, a sua responsabilidade penal, o papel do Estado na assistência jurídica e de saúde às pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Não pretende o artigo, ao propor a discussão que plasma direito à saúde, direito penal, saúde pública sob o prisma dos direitos humanos, exaurir o tema. Afinal, este assunto remete ao princípio da efetividade dos direitos humanos, seja pelo dinamismo da especialização dos direitos ou pelo mecanismo da operacionalização dos direitos por meio das políticas públicas e da solidariedade social.

A condição de “pessoa vulnerabilizada”, expressa tanto nos comentários de Rego quanto nos de Cecílio, caracteriza com fidelidade a situação daquele que sofre de transtorno mental. Para defesa desse grupo vulnerável o Movimento Antimanicomial tem fomentado o debate político, constituindo-se, assim, em um ator social incisivo na luta pela promoção, garantia e defesa dos direitos humanos no Brasil. Tal movimento busca a implementação de políticas sociais que visem não ao mero assistencialismo, mas ao acesso da população brasileira em geral, e das

pessoas com transtorno mental em particular, à condição efetiva de cidadãos, chamando atenção para aquelas internadas nos HCTP e reivindicando políticas públicas efetivas, justas e abrangentes nessa área.

A atenção ao louco infrator, segundo Biondi¹, precisa ser reconhecida como um problema de saúde pública. Visando à proteção da pessoa com transtorno mental autora de delito, foi aprovada a *Resolução nº. 05*, de 4 de maio de 2004, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária², estabelecendo as diretrizes para a adequação das medidas de segurança às disposições da *Lei nº. 10.216*, de 6 de abril de 2001, reconhecendo a possibilidade de estas pessoas terem acesso aos seus direitos. Entre as diretrizes da resolução destacam-se duas. A primeira enuncia que o tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “*visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar*”. A terceira diretriz, por sua vez, preconiza que o internado deverá “*ter acesso ao melhor tratamento consentâneo às suas necessidades, de mesma qualidade e padrão dos oferecidos ao restante da população*”. Sendo assim, é importante, ainda, que as medidas de segurança, estabelecidas através de decisão judicial, adequem-se aos princípios e diretrizes da política nacional de saúde mental, garantindo-se à pessoa com transtorno mental autora de delito o direito de ser tratada em serviços comunitários de saúde mental.

A nossa argumentação trata de dois aspectos: um relativo à possibilidade de responsabilização penal das pessoas com transtorno mental que cometeram delito e, a segunda, a do direito destas pessoas virem a ser assistidas e tratadas em uma rede de atenção em saúde mental. Essa rede, segundo a política nacional de saúde mental, se constitui de dispositivos diversos que devem proporcionar cuidados de base comunitária, de natureza contínua, integral e humanizada. Respondendo ao questionamento de Diniz, o cuidado da “pessoa ex-sentenciada por transtorno mental” deverá ser proporcionado por meio de uma rede de atenção psicossocial que co-responsabiliza três atores: o Estado, a sociedade e a família. Quanto ao último ator, Gonçalves & Sena³ estudaram as conseqüências da Reforma Psiquiátrica Brasileira sobre o cuidado do doente mental na família e consideram que o processo de desinstitucionalização do doente mental, quando desacompanhado da constituição da rede de atenção psicossocial, reflete negativamente sobre a família. Nessa perspectiva, para