Assunto Especial - Doutrina

Os 15 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica - Lei nº 10.216/2001

A Lei de Reforma Psiquiátrica - Uma Promessa Ainda Distante da Realidade

LEONARDO SCHMITT DE BEM

Professor-Adjunto de Direito Penal na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Doutor em Direito Penal pela Università degli Studi di Milano, Itália, Doutor em Direitos e Liberdades Fundamentais pela Universidad de Castilla-La Mancha, Espanha, Mestre em Direito Penal pela Universidade de Coimbra, Portugal.

JOÃO PAULO ORSINI MARTINELLI

Professor-Adjunto de Direito Penal na Universidade Federal Fluminense, Pós-Doutor em Direitos Humanos pela Universidade de Coimbra, Portugal, Doutor e Mestre em Direito Penal pela Universidade de São Paulo, Coordenador Adjunto do IBCCrim (Rio de Janeiro), Advogado Criminalista.

RESUMO: *Há 15 anos, foi publicada a Lei de Reforma Psiquiátrica - Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril - dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Embora relevante, inclusive com positivos resultados práticos já alcançados, verifica-se alguma resistência na doutrina quanto à confrontação do modelo consignado no Código Penal por meio de suas diretrizes. Esse ensaio, alheio às considerações médico-psiquiátricas, tem por interesse afastar o caráter periculosista-retributivista por meio de adoção da ideia de reinserção do paciente em seu meio social. Pela renúncia da locução doença mental empregada tradicionalmente, fator de estigmatização, tratar-se-á o portador de transtornos mentais como um sujeito de direitos, um paciente clínico, responsável penalmente pelo fato praticado. Para alcançar esse fim, faz-se necessária uma viragem interpretativa dos princípios e das normas atinentes aos internados, visando, sobretudo, à efetivação do discurso constitucional da redução de danos, sedimentado na dignidade da pessoa humana e no respeito ao pluralismo humano, sendo totalmente insustentável a submissão destes sujeitos a medidas que contrariem direitos fundamentais.*

PALAVRAS-CHAVE: *Reforma psiquiátrica ; medidas de segurança; internação.*

SUMÁRIO: 1 O valor do ser humano e de ser humano: a necessária preservação do princípio da humanidade e a consagração do dogma da ofensividade; 2 A responsabilidade penal diferenciada do portador de transtorno mental; 3 Uma releitura do tempo máximo de cumprimento da internação pelas diretrizes da Lei de Reforma Psiquiátrica; 4 Uma releitura das regras penais sob a ótica retroativa da Lei nº 10.216/2001; 5 A desorientação do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) no tocante à Reforma Psiquiátrica; 6 Resultados práticos quanto à incidência da Lei nº 10.216/2001; Conclusões.

1 O VALOR DO SER HUMANO E DE SER HUMANO: A NECESSÁRIA PRESERVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA HUMANIDADE E A CONSAGRAÇÃO DO DOGMA DA OFENSIVIDADE

Qualquer pessoa que recorde que o valor do ser humano e de ser humano é primordial e é o que deve ser sempre exaltado tem a obrigação de reivindicar o máximo respeito aos direitos elementares dos pacientes portadores de sofrimento psíquico. Sendo árdua a luta pela abolição da instituição manicomial, ainda camuflada em vários centros ¹, algumas mudanças, com o fim de assegurar ao internado todos os direitos não atingidos pela sentença, são necessárias, mormente os previstos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216/2001 ².

A referida legislação reorientou o modelo de justiça criminal atinente aos portadores de transtornos mentais e, em perspectiva humanista, visa, sobretudo, a garantir-lhes tratamento respeitoso. Sob os moldes preconizados pela reforma psiquiátrica, o direito à saúde ganhou destaque. Porém, esse desiderato apenas sairá do papel se o melhor cuidado à saúde individual for assegurado aos pacientes clínicos. Em termos diretos, deve-se refutar o modelo psicossocial permeado pela violência ³, isto é, não se deve aceitar um controle social marcado pela hipocrisia, dizendo-se sem discurso punitivo, embora marcadamente punitivista ⁴.

Nesse aspecto, inclusive, medida de extrema eficácia diz respeito à imperiosa mudança de linguagem pela qual o internado é traduzido no plano tradicional: *louco* ⁵. O rótulo proposto transfere o foco do problema à doença, esquecendo-se do agente. Por conseguinte, um estigma social é produzido, pois o sujeito se apresenta com atributo depreciativo, conduzindo-o cada vez mais ao processo de exclusão ou de invisibilidade. A produção dessa identidade estigmatizada, emprestando uma expressão doutrinária ⁶, reforça um modelo retributivo, mormente quando a maioria dos juízes continua ignorando a Lei de Reforma Psiquiátrica.

A própria terminologia empregada para o fundamento da imposição das medidas de segurança - a *periculosidade* dos autores inimputáveis - está atualmente ultrapassada e carece de apoio constitucional ⁷, embora setor da doutrina ⁸ e da jurisprudência a conserve ⁹. O termo em destaque, contudo, sempre foi oscilante ¹⁰, a ponto de ser qualificado como escorregadio e ambíguo ¹¹, porque não se traduz objetivamente. Veja-se, a propósito, a lição de Heleno Fragoso: "A periculosidade é, em substância, um juízo de probabilidade que se formula diante de certos indícios. Trata-se de juízo empírico formulado e, portanto, sujeito a graves erros" ¹².

Um reflexo da produção do estigma social tem previsão no § 3º do art. 97 do Código Penal, pois a desinternação (liberação), que será sempre condicional, será revogada se o agente, antes do decurso de um ano, praticar um fato indicativo da persistência de sua *periculosidade*. O dispositivo se fundamenta (a interpretação é pessoal) em uma modalidade particular de reincidência no campo das medidas de segurança, caracterizando-se afrontoso ao dogma da ofensividade ¹³, pois consiste em "controle penal partidário do direito penal de autor, que implica o retrocesso da medida às suas origens de instrumento de defesa social preventiva, dissociada da prática de injustos penais e voltada para a contenção securitária do estado de periculosidade social" ¹⁴.

O caráter subjetivo, infelizmente, foi aplaudido pelo legislador de 1940, no contexto da Lei nº 6.416/1977 e pela Reforma Penal de 1984, no entanto, felizmente, foi extirpado com a Lei nº 10.216/2001. Atente, inclusive, que a legislação não distingue, em seu texto, entre portadores perigosos ou não perigosos de transtornos mentais, pois, se o fizesse, criaria o contrassenso de alimentar a discriminação, prática que procurou eliminar (art. 1º). A omissão justifica-se por si só, e, como tal, a reforma legal passou a tratar os portadores de sofrimento psíquicos como sujeitos passíveis de responsabilização penal ¹⁵. Em síntese, considerar a periculosidade um fundamento legal é admitir que ao inimputável se aplique a sanção por tempo indeterminado, até deixar de ser *perigoso*. Porém, como atribuir-lhes responsabilidade penal?

2 A RESPONSABILIDADE PENAL DIFERENCIADA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

A inimizabilidade, nos termos atuais, é a ausência de responsabilidade penal do autor do injusto em razão de uma característica peculiar que o envolve. Se etária a inimizabilidade, na hipótese de adolescente em conflito com a lei, a resposta sancionatória se faz por meio das medidas socioeducativas (art. 112 da Lei nº 8.069/1990, de 13 de julho). Se psíquica, a sanção se perfaz por meio de medida de segurança. A isenção de pena, portanto, decorre da menoridade absoluta (CP, art. 27) ou de grave sofrimento psíquico (CP, art. 26, *caput*).

No último contexto, embora não haja processualmente uma sentença condenatória ¹⁶, impõe-se coercitivamente medida de segurança. Contudo, a discussão sobre a natureza jurídica da sentença judicial perde sentido com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, pois a viragem normativa processada tornou inoperante o próprio conceito de inimizabilidade estabelecido no Código Penal. Observe que o legislador não conservou nem mesmo a locução *doença mental*, porque a lei impede que não seja atribuída responsabilidade ao portador de transtorno mental. Pretendeu-se deixar de tratá-lo como objeto, respeitando-o como pessoa, um efetivo sujeito de direitos e obrigações (inclusive penais) ¹⁷. Portanto, perceber o portador de sofrimento psíquico como pessoa é o passo inicial para a desconstrução do atual discurso retributivista ¹⁸.

Diante desse novo contexto, parte da doutrina pretende fixar uma responsabilidade *sui generis* ao portador de transtorno mental. Entre as principais tendências, a mais comum requer a injunção penal como se o acusado fosse imputável, sendo que a anomalia psíquica poderia ser considerada circunstância atenuante inominada (CP, art. 66) ¹⁹ ou, ainda, causa de diminuição de pena nos termos de uma culpabilidade reduzida ²⁰. Ou seja, o sistema de dosagem de pena-base segue a análise das circunstâncias judiciais, e, na sequência, dependendo da orientação adotada, o transtorno mental pode ser considerado atenuante ou minorante de pena.

Ignorar a reforma derivada com a promulgação da Lei nº 10.216/2001 acarreta uma intensificação de danos ao sujeito com transtorno mental, pois, na prática, sua responsabilidade penal é apurada de forma objetiva, ou seja, se o incidente de insanidade mental concluir por sua incapacidade, prosseguindo-se o processo, na presença de curador, a imposição da medida de segurança ocorre sem qualquer análise judicial da existência de circunstância que torne atípico o fato (princípio da insignificância) ou que exclua a antijuridicidade (legítima defesa) ²¹ ou, ainda, que exculpe o agente ²². A análise judicial desconsidera, ainda, os benefícios da Lei nº 9.099/1995 que, contrariamente, são preservados aos agentes imputáveis ²³, bem como a possibilidade de concessão de indulto, reconhecida a partir do Decreto nº 6.076/2008 ²⁴.

Pode-se sustentar, inclusive, que ao paciente clínico seja ofertado o mesmo trato que é conferido ao dependente químico. Veja-se a incidência do princípio da igualdade a partir do crime de homicídio. Em um primeiro contexto, o autor da infração é um dependente químico. Em outro, o agente é portador de melancolia grave. Ambos poderão restar isentos de punição, pois, ao tempo da ação, eram inteiramente incapazes de entender o caráter ilícito do fato ou de determinarem-se de acordo com esse entendimento. No entanto, a isonomia no trato judicial não vai além, pois, enquanto o primeiro é encaminhado à tratamento médico adequado (art. 45, parágrafo único, da Lei nº 11.343/2006), o último será conduzido para inadequado tratamento em hospital de custódia, quando ignorada a Lei nº 10.216/2001. Por evidente não se exige que aquele mereça o tratamento ofertado a este, mas que ambos sejam avaliados pacientes clínicos, pois causa-nos espanto que não se observe que o transtorno mental está totalmente dissociado da vontade do réu (ao contrário da dependência química), isto é, não se percebe que o agente tem sua capacidade de determinação inibida por forças internas.

Mas, enquanto esse nível de consagração da isonomia não é alcançado, mais além da incidência das causas que afastem o injusto culpável e da possível aplicação dos benefícios da Lei dos Juizados Especiais, para as correntes apresentadas, o tempo máximo de cumprimento da internação deve corresponder ao *quantum* de pena fixado, e, constatando-se que o agente está em condições de conviver socialmente, a medida deverá ser extinta automaticamente ²⁵.

3 UMA RELEITURA DO TEMPO MÁXIMO DE CUMPRIMENTO DA INTERNAÇÃO PELAS DIRETRIZES DA LEI DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

O Código Penal de 1940 trazia implícita a regra de que as medidas de segurança seriam executadas por tempo indeterminado (art. 81). A Reforma Penal de 1984 e, no mesmo período, a Lei de Execução Penal (Lei nº 7.210) não alteraram a característica da indeterminação do prazo máximo de execução das medidas de segurança por influência da dicotomia simplista culpabilidade-periculosidade. Veja-se o teor do § 1º do art. 97 do Código Penal: "A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação da periculosidade". No entanto, a não fixação de um tempo máximo não gera possível imposição de sanção perpétua? Pode-se persistir na equivocada ideia de que medida de segurança não é pena e, portanto, não se submeteria aos limites constitucionais ²⁶? A aplicação das medidas de segurança - sempre que ignorada a Lei nº 10.216/2001 - decorre da imposição de sentença na qual não ocorre a aplicação de uma pena *in concreto*. Daí decorre a questão de saber qual é o seu tempo máximo de cumprimento.

Para o Supremo Tribunal Federal, aplicando-se o art. 75 do Código Penal por analogia, o prazo máximo de duração da medida será trinta anos (HC 98.360/RS, 1ª T., Rel. Min. Ricardo Lewandowski, DJ 23.10.2009). Entende-se preservado o princípio da não perpetuidade das sanções penais. Para ilustrar, o inimputável que destrói um vaso valioso poderia ser isolado do mundo social por até trinta anos. Mas, se a conduta danosa for praticada por um imputável, o máximo de pena para o delito é seis meses com a previsão alternativa de multa. Parece-nos, com esse singelo exemplo, que a proporcionalidade não é respeitada.

Em julgados mais antigos, por maioria, entendiam os ministros do Superior Tribunal de Justiça que a medida perduraria enquanto não cessasse a periculosidade do réu (principalmente, 5ª Turma: HC 113.998/RS, Rel. Min. Napoleão Nunes Maia Filho, DJ 16.03.2009; ou, ainda: HC 113.459/RS, Relª Min. Jane Silva, DJ 10.11.2008). No entanto, depois, outra tese foi exposta regulando a duração da medida de segurança pelo máximo de pena prevista abstratamente ao delito (nesse sentido, inicialmente: HC 121.877/RS, 6ª T., Relª Min. Maria Thereza de Assis Moura, DJ 08.09.2009; REsp 1.103.071/RS, 5ª T., Rel. Min. Arnaldo Esteves Lima, DJ 29.03.2010). Esse entendimento, em passado próximo, foi sumulado: "O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado" (Súmula nº 527). Regressando ao exemplo do vaso, a execução da medida não ultrapassaria seis meses, garantindo-se a proporcionalidade com os imputáveis ²⁷.

Por sua vez, a Comissão de Juristas instituída para reforma do Código Penal, por meio do Projeto de Lei do Senado nº 216/2012, simplificando, compilou duas teses anteriores. Assim, o cumprimento da medida de segurança não poderá ultrapassar o limite máximo da pena que é cominada ao fato criminoso praticado (2ª tese do STJ, agora sumulada) ou trinta anos (tese do STF), nos fatos criminosos praticados com violência ou grave ameaça, salvo se a infração for de menor potencial ofensivo (art. 96, § 2º). No exemplo proposto, tratando-se o dano simples de infração de menor ofensividade, o cumprimento da medida seria regulado pelo tempo de seis meses. Contudo, promulgando-se a nova codificação, em caso de o limite máximo ser atingido, poderá o representante ministerial ou o responsável legal pela pessoa requerer, no Juízo Cível, a continuidade da internação (art. 96, § 3º). Essa medida, com fim de internamento duradouro, quiçá perpétuo, ignorou, completamente, a Lei de Reforma Psiquiátrica que propôs uma política de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida aos pacientes crônicos (art. 5º) ²⁸.

Objetivando não afrontar o princípio da proporcionalidade (que traz consigo a ideia de humanidade), Amilton Bueno de Carvalho defendia, enquanto ativo na magistratura, a existência de um limite temporal máximo para cumprimento da medida. Com efeito, primeiro procedia à individualização da pena, como se o acusado fosse imputável, para, em seguida, substituí-la pela medida de segurança cujo prazo máximo seria o fixado (TJRS, 5ª C.Crim., APL 700.108.177-24, DJ 05.04.2005). O parâmetro foi aplaudido por setor da doutrina penal ²⁹. Regressando ao caso do vaso valioso, a execução da medida de segurança poderia perdurar por dois ou três meses, por exemplo, dependendo da hipotética análise da dosimetria penal.

Pensamos, porém, que é possível avançar nesse sentido, adotando-se procedimento *sui generis* com o fim de alcançar a máxima redução de danos ao réu com transtorno mental ³⁰. Antes, contudo, uma consideração! No texto da Lei nº 10.216/2001, não há referência expressa à sanção *medida de segurança*. Houve previsão, apenas, de tratamento em regime de internação (art. 4º, § 2º). Aliás, a partir do momento em que a legislação referida passou a tratar a pessoa com transtorno mental como sujeito passível de responsabilização penal, tecnicamente não há razão para se preservar a classificação dicotômica das sanções penais ³¹.

Posto isto, o prazo máximo de cumprimento da internação não deverá ultrapassar o mínimo de sanção prevista ao fato ilícito-típico perpetrado pelo agente, inclusive para fins de prescrição. Ou seja, deve-se respeitar o mínimo de pena cominado legislativamente. A adoção dessa tese favorecerá a liberdade do inimputável ³², mas também fortalecerá a necessidade de se olhar o novo (para muitos a Lei de Reforma Psiquiátrica ainda é novidade) com novo olhar ³³. No exemplo do dano simples, o prazo máximo da medida seria um mês ³⁴.

Contudo, há quem possa opor resistência à última construção, pois o prazo máximo de cumprimento da medida poderia ficar aquém do mínimo estipulado pelo legislador (CP, art. 97, *in fine*). A oposição carece de sentido, primeiro, porque o Código Penal está ultrapassado no que tange à disciplina ofertada ao portador de transtorno mental. Assim, a aplicação de suas regras é insustentável³⁵. O mesmo é possível dizer quanto à Lei de Execução Penal. Mas, invocando-se a Lei nº 7.210/1984, infere-se a possibilidade de o juiz ordenar a realização de perícia médica no agente ainda no decorrer do prazo mínimo (art. 176), e, cessada a "periculosidade", seria ridícula a continuidade da medida somente para homenagear a previsão do Código Penal. Finalmente, com respaldo na Lei nº 10.216/2001, percebe-se a omissão do legislador na definição de prazos para o cumprimento da medida de internação. Essa lacuna tem sentido, porque até mesmo a definição de um prazo mínimo seria totalmente contraproducente ao fim de reinserção social do paciente (art. 4º, § 1º).

Considerando que o internado não deve ser tratado eternamente como autor de um fato ilícito-típico, faz-se necessária a definição de prazo máximo para servir de parâmetro para que a situação não seja mais analisada penalmente depois do seu decurso, mas decididamente como um caso de saúde pública, optando-se ou pela adoção da desinternação progressiva com procedimento dado pela Lei de Reforma Psiquiátrica nos casos em que permaneça o transtorno mental (art. 5º) ou procedendo à interdição daquele nos termos da lei processual civil (arts. 747 e seguintes, com redação dada pela Lei nº 13.105/2015, de 16 de março). No tocante à definição da sua medida judicial, portanto, adota-se o mínimo de pena cominada à infração como o prazo máximo de cumprimento de internação psiquiátrica (art. 6º).

Nada obsta, contudo, que o juiz fixe um *quantum* inferior ao mínimo legal à internação psiquiátrica, visto que a mínima intervenção na liberdade dos agentes potencializará o princípio de humanização. Ultrapassado o *quantum* aplicado, o portador de transtorno mental não mais deve receber tratamento como condenado penal. Se necessária a sequência do acompanhando clínico, deverá ser submetido às medidas legais.

4 UMA RELEITURA DAS REGRAS PENAIS SOB A ÓTICA RETROATIVA DA LEI Nº 10.216/2001

O legislador regulou as espécies de medidas de segurança no art. 96 do Código Penal. A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico é a medida detentiva, enquanto a submissão a tratamento ambulatorial se trata de medida restritiva. Ambas, porém, perderam vigência com a Lei nº 10.216/2001, mormente pelo redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Atualmente, em caráter subsidiário, a única medida é a internação (art. 6º), que, seguindo os ditames da legislação especial, deve ocorrer em *estabelecimentos de saúde mental*, assim entendidas as *instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde* (art. 3º).

Salvo melhor juízo, nosso legislador não definiu claramente os locais em que o agente poderia ter a atenção psicossocial adequada para fins de execução da internação. No entanto, vê-se claramente uma proposta atinente ao abandono da feição hospitalocêntrica (depósito de loucos) ofertada pelo sistema penitenciário. Por exclusão legal, portanto, a oferta deve ser dada pelo Sistema Único de Saúde - observando-se, assim, também os princípios atinentes ao direito sanitário -, sendo indiferente tratar-se de sentenciado, pois a legislação vetou qualquer forma de preconceito (art. 1º), e o local não pode apresentar características asilares (art. 4º, § 3º), ou seja, apresentar-se desprovido de cuidados médicos e de equipe multidisciplinar de apoio.

Nesse sentido, destacamos precedente no qual o Judiciário buscou efetivar os direitos assegurados pela **Reforma Psiquiátrica**, *in verbis*:

Penal. Inimputabilidade do réu na época dos fatos. Medida de segurança. Tratamento ambulatorial em estabelecimentos de saúde mental previsto na Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril, com acompanhamento de médico da confiança do paciente. Direitos assegurados ao portador de transtornos mentais. ³⁶ (TRF 4ª, APL 2001.71.00.000774-0, 8ª T., Rel. Paulo Afonso Brum Vaz, DJ 22.10.2003)

A regra prevista no *caput* do art. 97 do Código Penal se tornou igualmente letra morta. Aliás, como esclarece Rodrigo Roig, "a distinção entre o tipo de medida a ser imposta não pode decorrer da gravidade abstrata do injusto penal, senão da própria necessidade de assistência ao portador do sofrimento psíquico, de forma individualizada" ³⁷. Uma cega obediência ao comando legal deixa em segundo plano a identificação do transtorno mental, bem como a necessidade de tratamento individual. Nessa linha, a interpretação de Sérgio Verani é precisa, pois declinou que "[...] a norma impositiva da internação compulsória se torna inválida ante o desenvolvimento democrático da psiquiatria, especialmente com o movimento da luta antimanicomial, a inspirar a Lei nº 10.216/2001" (TJRJ, APL 0041996-37.2004.8.19.000, 5ª C.Crim., Rel. Sergio Verani J. 07.06.2005). Atualmente, a individualização do tratamento médico é relevante, sendo indiferente o delito praticado.

A Lei nº 10.216/2001 também tornou sem efeito a regra do § 2º do art. 97 do Código Penal, que determinava a realização da perícia ao termo do prazo mínimo determinado e sua anual repetição, ou, a qualquer tempo, se o ordenar o juiz da execução (LEP, art. 176). O fim da medida consistia em averiguar a cessação da periculosidade do agente. A não recepção da regra, porém, não representa que o paciente ficará sem assistência clínica. Ao contrário, pela reforma psiquiátrica, foi assegurado às pessoas com transtornos mentais a presença médica, em qualquer tempo (art. 2º, parágrafo único, V), e a possibilidade de receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento (art. 2º, parágrafo único, VII). Aliás, como reforça Paulo Jacobina, o elenco de direitos que deve ser assegurado à pessoa portadora de transtorno mental é muito mais amplo do que os assegurados na Lei de Execução Penal (art. 99). Deste modo, as disposições da Lei nº 10.216/2001 devem ser aplicadas retroativamente ³⁸.

Antes da Lei de Reforma, um setor da doutrina entendia que a substituição da pena por medida de segurança para o semi-imputável (CP, art. 98) seria problemática, pois o agente com baixa periculosidade poderia ficar internado por tempo desarrazoado ³⁹. A preocupação era equivocada, porque o prazo máximo da medida de segurança, por razões de proporcionalidade, não poderia superar a pena imposta e depois substituída. Nesse contexto, pela interpretação retroativa da Lei nº 10.216/2001, submeter-se-á o agente à internação psiquiátrica somente se o tratamento extra-hospitalar não se mostrar suficiente (art. 4º, *caput*), de sorte que a internação como *ultima ratio* independe de quem é o favorecido (art. 1º).

Finalmente, no caso de superveniência de doença mental no curso da execução penal, o prazo máximo de internação (art. 4º da Lei nº 10.216/2001) corresponderá ao restante da pena privativa de liberdade a que o imputável foi condenado. Portanto, a internação psiquiátrica não poderá, como uma questão penal, exceder o tempo de pena que o sentenciado tinha a cumprir, porque, do contrário, restabelece-se o sistema do duplo binário (STJ, RHC 2.445/SP, 5ª T., Rel. Min. José Dantas, DJ 31.05.1993). Expirado o tempo de internação, sem a reinserção social do paciente em seu meio, a desinternação psiquiátrica é imperativa (TJRJ, HC 0026579-97.2011.8.19.0000, 1ª C.Crim., Rel. Des. Luiz Zveiter, DJ 26.08.2011). Porém, como a conversão é efêmera, constatada a recuperação mental do agente pelo adequado tratamento ofertado, retornará ao cumprimento do restante da pena, descontado o período de internação.

5 A DESORIENTAÇÃO DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA (CNPCCP) NO TOCANTE À REFORMA PSQUIÁTRICA

O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária é um órgão da execução penal (LEP, art. 66, I). No exercício de suas atividades, em âmbito federal ou estadual, incumbe, entre outras funções, propor diretrizes quanto à execução das medidas de segurança (LEP, art. 64, I). Por meio da Resolução nº 05/2004, dispôs a respeito das diretrizes voltadas para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão da Lei nº 10.216/2001 ⁴⁰. Salvo equívoco na interpretação, a pretensão do CNPCCP é manter vigente as disposições do Código Penal e da Lei de Execução Penal no tocante aos inimputáveis, apenas promovendo adequações pontuais com apoio da Lei nº 10.216/2001. Se correta essa análise, nada mais incoerente.

Não é demais reafirmar que as diretrizes da Lei de Reforma Psiquiátrica revogaram os dispositivos do Código Penal e da Lei de Execução Penal, pois se trata de diploma legal posterior e específico. Porém, ao invés de reforçar essa consequência da legalidade, o CNPCCP decidiu por buscar a reafirmação do modelo atual justamente pelas diretrizes da Lei de Reforma Psiquiátrica que extirpou qualquer visão retributivista, securitária e periculosista.

O Poder Executivo (e também o Judiciário) está em débito com as pessoas portadoras de transtornos mentais desde a edição da Lei nº 10.216/2001. Não há como destinar tratamento norteado pelo respeito aos direitos humanos, pela desospitalização e pela superação do modelo tutelar, como pretende a Resolução do CNPCP, quando tais pessoas continuam rotuladas como inimputáveis ⁴¹, pois, desta forma, quaisquer internações estarão lastreadas em presunções de periculosidade de que o portador de transtorno mental voltará a infringir um dispositivo legal. A manutenção de seu *status quo ante* viola flagrantemente o teor da Lei nº 10.216/2001.

É preciso sedimentar a ideia de a legislação especial ter espaço autônomo, dissociada de quaisquer resquícios danosos presentes no Código Penal e na Lei de Execução Penal. Faz-se necessário enfrentar o tema da responsabilização penal dos portadores de transtornos mentais respaldado na ideia da menor onerosidade ofertada pela Lei nº 10.261/2001, e, como tal, deve-se reforçar que a internação só se sustenta quando absolutamente indispensável (STJ, Recurso Ordinário em *Habeas Corpus* nº 19.688/AP, 4ª T., Rel. Min. Hélio Barbosa, DJ 03.12.2013).

Observada a crítica anterior, as diretrizes da Resolução nº 05/2004 devem ser aceitas como um reforço às orientações da Lei nº 10.216/2001. Para exemplificar, deve-se sustentar um programa individualizado de tratamento aos pacientes, concebido por equipe multidisciplinar e voltado à reintegração sociofamiliar; qualidade de tratamento igual à ofertada ao restante da população; hospitais integrados à rede de cuidados do SUS e estruturados de modo a favorecer a assistência integral aos portadores de transtornos mentais; etc.

Complementa-se, ainda, que as imensas diferenças entre as duas espécies de resposta estatal - penas e medidas de segurança - denotam a necessidade de se superar a lógica punitiva tradicional aplicada tacitamente às medidas de segurança, eliminando-se a concepção do nexos causal necessário entre o transtorno mental do agente e o fato por ele praticado. Deve-se abandonar essa malfadada vinculação para que se opere, em sede de medidas de segurança, a migração do tratamento penal para o verdadeiro tratamento da saúde ⁴².

6 RESULTADOS PRÁTICOS QUANTO À INCIDÊNCIA DA LEI Nº 10.216/2001

A atenção psicossocial, na esteira da Lei nº 10.216/2001, apresentou resultados muito positivos em alguns Estados e no Distrito Federal. Infere-se de Parecer da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público ⁴³ interessantes projetos visando a um tratamento individualizado dos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei. Para exemplificar, cite-se o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) desenvolvido no Estado de Minas Gerais cujo referencial teórico (Lacan) privilegia a execução da sentença considerando os pacientes clínicos como sujeitos de direitos e capazes de responder por seus atos.

Os resultados obtidos junto ao Programa são extremamente relevantes, de sorte que, desde sua implantação, 755 casos foram acolhidos e receberam tratamento adequado quanto ao transtorno mental até cessar suas relações com a Justiça e 489 casos já foram desligados do Programa. Dados de agosto de 2009 mostram que, atualmente, 266 pacientes encontram-se em acompanhamento. Desses, 210 encontram-se em liberdade, realizam seu tratamento em locais diversos ao manicômio, residindo junto aos familiares, em pensões, sozinhos ou em residências terapêuticas da cidade. O índice de reincidência, nos casos atendidos pelo Programa, é muito baixo, girando em torno de 2% em crimes de menor gravidade e contra o patrimônio. Não existe registro de reincidência em crimes hediondos ⁴⁴.

Essa experiência, reconhecida nacional e internacionalmente, demonstra a relevância de uma prática interdisciplinar voltada à reinserção social do paciente com transtorno mental, não só com a participação de competentes profissionais da área da saúde, assistentes sociais e do direito, senão também com a aproximação dos familiares. Igualmente revela que a liberdade é sempre terapêutica, afastando esses sujeitos das celas dos hospitais de custódia. Esse e outros projetos ⁴⁵ representam, como descreve Ulysses Rodrigues Castro, "o caminho para reconstrução do lugar que a pessoa ocupa na relação consigo e com os outros, para a retomada da cidadania, transformando seu sintoma numa forma de laço social" ⁴⁶.

CONCLUSÕES

Diante de todo o exposto, estas conclusões servem para resumir e, também, reforçar algumas ideias propostas neste texto: a) o atual sistema de execução **das** medidas de segurança é ultrapassado, devendo-se abandonar as diretrizes **do** Código Penal e **da Lei** de Execução Penal; b) isso significa, assim, o repúdio à noção de periculosidade como seu fundamento, bem como o divórcio **a** qualquer tese já proclamada pelo Supremo Tribunal Federal e pelo Superior Tribunal de Justiça quanto ao tempo máximo de cumprimento **da** sanção; c) com efeito, há **a** necessidade de proclamar **a Lei de Reforma Psiquiátrica** como o norte interpretativo de atenção psicossocial por parte **do** Poder Judiciário; d) visando, sobretudo, ao resgate **da** dignidade humana **da** pessoa portadora de transtorno mental; e) pois, como **a** liberdade é sempre terapêutica, **a** internação constitui medida em caráter excepcional (art. 4º **da Lei** nº 10.2016/2001).