

**DIREITO À SAÚDE MENTAL E EVOLUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA À  
LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

**Gustavo D'Andrea**

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4137894P7>

**Emanuele Seicenti de Brito**

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4461069P2>

**Carla Aparecida Arena Ventura**

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4790290Y6>

**Resumo:** O objetivo geral deste estudo é compreender como o direito à saúde mental pode influenciar no processo criminal em que é acusada a pessoa com transtornos mentais e que, conforme as definições legais a respeito, o entendimento dos fatos e autodeterminação da conduta, seriam possíveis sujeitos à aplicação da medida de segurança. Trata-se de pesquisa descritiva documental, realizada com base na análise da normativa penal sobre medida de segurança e a base legal da Reforma Psiquiátrica. Por meio da análise foi possível perceber que é necessária uma maior aproximação das leis penais com a realidade jurídica atual das pessoas com transtornos mentais, com vistas a proporcionar um trabalho mais integrado entre judiciário e profissionais de saúde, e, conseqüentemente, um tratamento de melhor qualidade.

**Palavras-chave:** Direito Penal; Saúde Mental; Psiquiatria Legal; Reforma Psiquiátrica; Medida de Segurança.

Right to mental health and evolution of safety measure under the view of psychiatric reform

**Abstract:** The aim of this study is to understand how the right to mental health can influence criminal cases in which the person with mental disorders is charged. And according to legal definitions on that, the understanding of facts and self-determination of conduct would be subjects of the possible security measure's application. It is a descriptive research paper that was made based on the analysis of the criminal rules on security measures and the legal basis of the Psychiatric Reform. Through the analysis it was possible to realize that we need greater approximation of criminal laws with the current legal reality of people with mental disorders, with the intention to provide a more integrated work between legal and health professionals, and hence a better treatment quality.

**Keywords:** Criminal Law, Mental Health, Forensic Psychiatry, Psychiatric Reform, Security Measure.

## **INTRODUÇÃO**

Em 2001 foi promulgada a Lei 10.216, a chamada Lei de Reforma Psiquiátrica, buscando implementar no Brasil os resultados da longa luta antimanicomial, influenciada por vertentes provenientes de diversas partes do mundo. A internação psiquiátrica foi mantida como uma possibilidade legal em algumas modalidades: voluntária, involuntária e compulsória (BRASIL, 2001), segundo forma de sua determinação e a expressão da vontade do internando. Subsistem, no campo administrativo, especialmente no âmbito do Conselho Nacional de Justiça e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, determinações que, claramente, sustentam a coexistência do instituto da medida de segurança do direito criminal face à Lei de Reforma Psiquiátrica, ainda que presentes contradições neste campo e existentes posições doutrinárias que demonstram a incompatibilidade entre o sistema das medidas de segurança e a Lei de Reforma.

Propomos, neste artigo descritivo documental, abordar o tema numa perspectiva interdisciplinar, procurando compreender como o direito à saúde mental poderia influenciar no processo criminal em que é acusada a pessoa com transtornos mentais e que, conforme as definições legais a respeito, o entendimento dos fatos e autodeterminação da conduta, seriam possíveis sujeitos à aplicação da medida de segurança.

Para a consecução do objetivo, foi realizada uma revisão de literatura e documental, abrangendo a normativa penal sobre medida de segurança e a base legal da Reforma Psiquiátrica, de modo a permitir uma análise descritiva e comparativa, buscando-se uma compreensão sistemática do ordenamento jurídico. Utiliza-se uma perspectiva histórico-evolutiva para, de forma dialética, pensar culturalmente o instituto da medida de segurança, buscando integrar uma visão de ciência social e compondo uma contribuição para o campo da saúde mental.

## **1. MOVIMENTO INTERNACIONAL DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS**

Há algum tempo, opera-se uma luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no plano internacional. Ao longo da história, as pessoas com transtornos mentais sofreram as piores indignidades se comparadas a praticamente qualquer outro grupo. Temidos e mal entendidos, foram excluídos da vida em sociedade, por serem considerados um perigo para si próprios e para os que os cercavam, e incapazes de tomar decisões por si mesmos. Muitos

foram e ainda são privados de sua liberdade, isolados em instituições psiquiátricas em condições deploráveis que prejudicam a sua saúde e, de forma geral,, suas vidas. Além disso, muitos países não possuem um sistema de saúde que forneça tratamento básico e proteção para as pessoas com transtornos mentais, circunstância que viola os princípios dos direitos humanos encontrados em normas internacionais e instrumentos jurídicos regionais (GABLE et al. 2005).

Considerando este cenário de exclusões, o desenvolvimento da proteção dos direitos humanos para pessoas com transtornos mentais é uma das grandes realizações das últimas décadas, pois tem elucidado princípios fundamentais para a proteção dos direitos e liberdades do ser humano, independentemente de qualquer distinção, embasado nos fundamentos dos direitos humanos como a igualdade, a não discriminação, o direito à privacidade e autonomia individual, liberdade de tratamento desumano e degradante, o princípio do ambiente menos restritivo e os direitos à informação e à participação (GABLE et al. 2005; OMS, 2005).

O direito fundamental à atenção à saúde mental é destacado em diversos acordos e normas internacionais: Declaração de Direitos Humanos da ONU (1948); Carta Social Europeia (1961); Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação racial (1965); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966); Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais; Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1978); Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra mulheres (1979); Convenção das Nações Unidas para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos e degradantes (1987); Convenção Européia para a Prevenção da Tortura e Tratamento ou punição desumanos ou degradantes (1987); Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988); Carta Africana (Banjul) dos Direitos Humanos e dos Povos (1988); Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989); Declaração de Caracas (1990); Princípio das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991); Declaração de Salamanca e Referencial para Ação em Educação de Necessidades Especiais (1994); Recomendação 1235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996); Recomendação da Comissão Interamericana sobre

Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001) (OMS, 2005).

A proteção contra a discriminação é enfatizada na maioria desses instrumentos, que assinalam as pessoas como titulares dos direitos humanos. Sendo assim, os direitos humanos devem ser assegurados a todos sem qualquer forma de discriminação. Outros direitos importantes especificamente protegidos por esses documentos incluem o direito a serviços de reabilitação, o direito à integração na comunidade, o direito à acomodação razoável, o direito à liberdade e segurança da pessoa e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005; VENTURA; BRITO, 2012).

Em consonância com este movimento de afirmação dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, a Declaração de Caracas de 1990 (OMS, 1990) estimulou a reestruturação da atenção psiquiátrica existente, promovendo serviços de saúde mental de base comunitária. Dessa forma, preconizou que os recursos, a atenção e o tratamento para pessoas com transtornos mentais deveriam salvaguardar sua dignidade e direitos humanos, fornecer tratamento racional e apropriado e empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em sua comunidade. Afirmou que a legislação de saúde mental deveria salvaguardar os direitos humanos de pessoas com transtornos mentais e que os serviços deveriam ser organizados de modo a garantir a aplicação desses direitos (VENTURA, 2011; VENTURA; BRITO, 2012).

Posteriormente, em 1991, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” que salientam, dentre outros, a importância do acesso à atenção à Saúde Mental (princípios 1 e 8), o direito de confidencialidade das informações (princípio 6), o direito de acesso à informação (princípio 19), direitos e condições em estabelecimentos de saúde mental (princípio 13), notificação de direitos (princípio 12(1) e (2)), tutela (princípio 1(6)), tratamento no ambiente menos restritivo (princípio 9(1)), procedimentos médicos ou cirúrgicos especiais (princípio 11(13)), psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis (princípio 11 (14)), isolamento e restrições (princípio 11(14)), o consentimento pelo paciente para o tratamento (princípio 11(1)), tornando-se cada vez mais restritas as hipóteses de internação involuntária (princípio 16(1) e (3)), abrindo um leque maior de direitos ao usuário (ONU, 1991).

Este movimento internacional de proteção dos portadores de transtornos mentais, inspirou, no Brasil, o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, surgido na década de 1970.

## **2. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA**

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergem críticas teóricas às políticas de saúde do Estado e à elaboração de propostas, atitudes que constituíram o movimento da reforma sanitária que “propõe o enfrentamento da questão da saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país” (BEZERRA JUNIOR, 1992, p. 173). Ao longo desse processo começaram a surgir denúncias contra o abandono, a violências e maus-tratos a que estavam submetidos os pacientes internados nos hospícios do país.

Sendo assim, em 1978 formou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que dez anos mais tarde, transformou-se no movimento de luta antimanicomial, considerado um marco social pela reforma psiquiátrica (BRITO; LEITE, VENTURA, 2012).

Em 1989, em Santos, após uma série de mortes em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, a prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la, iniciando um trabalho revolucionário.

No mesmo ano, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei nº 3.657/89. Um projeto simples com apenas três artigos, cujo conteúdo impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para criação de “recursos não-manicomiais de atendimento” e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (BRASIL, 1989; TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2006).

O projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado e a lei só foi aprovada em 2001. No entanto, observou-se a situação curiosa de produzir efeitos antes de ser aprovada. Nessa perspectiva, após a apresentação do projeto em 1989, houve uma intensificação da discussão sobre o tema em todo o país, o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. Ressalta-se, ainda, que o Ministério da Saúde editou no

período 11 portarias, das quais destacam-se as portarias 189/1991 e 224/1992 que deram existência institucional aos NAPS e CAPS, e as portarias 106 e 1.220, ambas de 2000 que instituem os serviços residenciais terapêuticos (TENÓRIO, 2002).

Também como resultado deste movimento, em 1994 o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.407/1994 adotando os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17.12.91 e citados anteriormente neste estudo.

Nesse processo de transformação no campo da atenção psiquiátrica, o Conselho Federal de Medicina normatizou em 09.08.2000 o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental (BRASIL, 2002). E, enfim em 2001 foi promulgada a Lei 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em 2010, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 1.952 de 2010 que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), revogou a Resolução 1.407/1994, e modificou a resolução de 2000.

Essa reforma é resultado de uma mobilização reivindicatória da sociedade que apresenta uma estratégia reorganizadora das práticas assistenciais, privilegiando espaços que possibilitam a integração do sofredor, promovendo a organização das atividades em território definido, reafirmando e buscando incorporar, nas ações de saúde mental, os princípios e garantias dos direitos humanos (PRANDONI; PADILHA, 2006).

### **3. A LEI 10.216 DE 6 DE ABRIL DE 2001**

A Lei 10.216/2001 representa um marco para a consolidação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana (BRITO; VENTURA, 2012).

Dessa forma, referida Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os artigos 1º e 2º elencam os direitos das pessoas com transtornos mentais. São eles:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2002).

Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser formalmente cientificados destes direitos. Nesse contexto, a lei ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e na assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (art. 3º). Também orienta que o tratamento visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio. Será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (§§1º e 2º do artigo 4º), ficando vedadas internações em instituições com características asilares, desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º (§§1º, 2º e 3º do artigo 4º).

Entretanto, apesar dos avanços e das transformações ocorridas, bem como da preocupação que se tem quanto ao cumprimento e respeito aos direitos humanos dos pacientes, ainda não é possível afirmar que tais direitos sejam respeitados em sua totalidade, principalmente quando se trata de pessoas com transtornos mentais, que em decorrência de seu transtorno cometeram algum tipo de crime. Tais pessoas ficam sujeitas ao sistema penal brasileiro e na maioria das vezes não são tratadas dentro das diretrizes da Lei 10.216 de 2001.

#### **4. A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL AUTORA DE DELITO E AS LEIS PENAS BRASILEIRAS**

O Código Penal de 1940 inaugurou no Brasil o instituto da Medida de Segurança. Antes dele, esta não existia, porém as legislações desde 1830 tratam das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos.

O **Código Penal Brasileiro**, vigente até hoje, e que inaugurou no Brasil o instituto da medida de segurança, adotava o sistema do duplo binário, em que se aplicava a pena e a medida de segurança, sendo que a segunda sempre antecedia à primeira. Em 1984, o **Decreto-lei 2.848** modificou a parte geral do Código Penal adotando o sistema vicariante, estipulando que para os semi-imputáveis, aplica-se primeiramente a pena, reduzida de 1 a 2/3, que pode, a critério do juiz, e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, ser substituída por medida de segurança. Para os inimputáveis, não há pena e o indivíduo é absolvido e submetido a medida de segurança (BRASIL, 2012).

## **5. DIVERGÊNCIAS ENTRE AS LEIS PENAIS E A LEI 10.216 DE 2001**

Algumas normas administrativas brasileiras recentes, relativas ao processo criminal, que remetem à Lei de Reforma Psiquiátrica, claramente evitam admitir o fim do instituto da medida de segurança. O Conselho Nacional de Justiça (2010) e o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (2010) mantêm, quase 10 anos após àquela lei, a consideração da vigência da medida de segurança e de sua execução, recomendando, porém, que sejam aplicadas nesta situação as políticas ou princípios antimanicomiais da lei de 2001.

Aliás, a mencionada Resolução do CNCPC prevê um prazo para uma mudança de política na execução da medida de segurança (art. 6º, caput): “O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.” Acrescente-se que a Portaria 2.391/GM de 2002 (BRASIL, 2002), ao regulamentar o tema das internações psiquiátricas, definiu os seus tipos e excluiu expressamente (art. 3º, § 4º) a modalidade compulsória do seu âmbito de regulamentação.

O Conselho Nacional de Justiça (2011) veio, ainda, a publicar a Recomendação 35 de 2011, para incentivar os tribunais a aplicar a política antimanicomial, com base especialmente na Lei de Reforma Psiquiátrica. Nesta recomendação, além de diretrizes que já se observam em relação à Lei de Reforma, nota-se a sugestão da adoção de meio aberto na execução da medida de segurança, além da manutenção de um contato permanente com a rede pública (e não mais o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico), sugerindo inclusive que se crie um projeto de atenção integral aos submetidos às medidas de segurança. Essas recomendações

explicitam a tendência esperada dentro da estrutura do Poder Judiciário, confirmando a manutenção do instituto da medida de segurança, porém de forma evoluída conforme os ditames da dignidade humana.

Analisando os dispositivos legais que regem a medida de segurança à luz das políticas de reforma psiquiátrica concentradas na lei de 2001, podemos identificar algumas incompatibilidades, especialmente considerando que, se o CNJ e o CNCPC indicaram uma base interpretativa a ser levada em conta nas medidas de segurança, podemos fazê-lo aqui também.

O Código Penal fala em inimputabilidade penal (artigos 26 a 28). Basicamente, este tema se relaciona com a saúde mental do autor de fatos típicos previstos nas normas penais. Mas, a base para a atuação do juiz, nesses casos, em geral se refere à capacidade do agente de ter entendimento a respeito da ilicitude do fato ou de determinar-se de acordo com este entendimento. Trata-se, grosso modo, da consciência e intenção do agente. Já a medida de segurança (artigos 96 a 99), que é uma medida alternativa à pena, se fundamenta na periculosidade do agente, ou seja, não se destinaria a “apenar” o agente, e sim “curá-lo” para que a sociedade se veja segura diante de sua conduta.

Características das medidas de segurança, tais como o prazo mínimo (um a três anos) e a condicionalidade da liberação, demonstram, no entanto, o teor condenatório da medida de segurança e a alienação desta medida em relação aos propósitos reconstrutivos das medidas antimanicomiais. Nestas, o Estado deve tomar uma posição ativa em relação a todo o processo de recuperação do equilíbrio global do ser humano acometido de transtornos mentais, independentemente da qualificação legal de sua conduta. Note-se que o Código Penal (artigo 99) estabelece, enquanto direito do internado, o recolhimento a estabelecimento de características hospitalares e submissão a tratamento, e isto é uma demonstração da desatualização do Código.

Estender as normas antimanicomiais às pessoas sujeitas a medida de segurança, caso se entenda que esta subsiste no sistema jurídico brasileiro, é algo que poderia ser compreendido como decorrente da própria Lei de Execução Penal (LEP), no *caput* do seu artigo 3º: “Ao condenado e ao internado serão assegurados todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei.” Quanto aos direitos do internado (artigos 42 e 43, da LEP) deveriam ser, por isso, complementados com o que dispõe a Lei de Reforma Psiquiátrica.

O *hospital de custódia e tratamento psiquiátrico*, está alocado no título estabelecimentos penais da LEP (artigos 99-101), e se destinaria à execução das medidas de segurança. Já as normas da LEP a respeito desta execução estão nos seus artigos 171 a 179. Note-se que, no sistema processual penal, a medida de segurança é uma alternativa necessária à pena, e sua determinação estaria condicionada ao trânsito em julgado da sentença que aplicasse a medida de segurança. Pela sistemática processual, portanto, a atitude do Estado perante a pessoa com transtorno mental autora de crime ou contravenção penal, estaria baseada precipuamente na qualificação da intenção da pessoa, aparentemente sem possibilidade de discussão sobre a não aplicação da medida de segurança.

Na execução da medida de segurança, a LEP prevê a aplicação, no que couber, dos dispositivos sobre exame criminológico. A LEP remete, neste propósito, aos seus próprios artigos 8º e 9º, e acreditamos que estaria abrangido, nesse regramento, também o artigo 9º-A, que veio a ser acrescentado à LEP no ano de 2012. Talvez a classificação do autor do delito seja um dos principais pontos que influenciam o Poder Público a evitar considerar extinto o instituto da medida de segurança do ordenamento jurídico brasileiro. Além disso, a LEP ainda trata da cessação da periculosidade (artigos 175 a 179) no âmbito da medida de segurança.

A Lei 10.216/2001 não exclui as pessoas com transtornos mentais autoras de delitos, pelo contrário, já em seu artigo 1º dispõe que os direitos e a proteção dos quais trata são assegurados sem qualquer forma de discriminação (BRITO; LEITE; VENTURA, 2012). Assim, essas normas devem ser de pronto aplicadas aos atuais internos de manicômios judiciários e de hospitais psiquiátricos que ali se encontram por terem cometido fato descrito como crime na lei penal (JACOBINA; 2004).

No atual estágio do direito brasileiro, não se pode defender que internar alguém coativamente (ou mesmo submetê-lo a um tratamento ambulatorial coativo), por ordem judicial de um juiz criminal, com base numa presunção de periculosidade (decorrente da prática de um ato criminal por alguém que foi reconhecido pelo direito como portador de transtorno mental incapacitante das faculdades cognitivas ou volitivas) seja considerado cientificamente como medida terapêutica. Tampouco se pode admitir que, no âmbito do direito sanitário, se possa reconhecer a validade desse procedimento como clinicamente eficaz. A reforma psiquiátrica – e sua projeção no mundo jurídico – descaracterizaram absolutamente a abordagem coativa, manicomial, unidisciplinar, repressora, como uma abordagem clinicamente eficaz. [...] Não há como ocultar, portanto, que essa medida não se dá em benefício do portador de transtornos mentais, mas que se dá tão somente em favor da sociedade que se considera agredida e ameaçada pelo inimputável que cometeu um fato descrito pela lei como típico (JACOBINA, 2004, p. 82).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentadas tais divergências, é possível afirmar que é necessária uma maior aproximação das leis penais com a realidade jurídica atual das pessoas com transtornos mentais, com vistas a proporcionar um trabalho mais integrado entre judiciário e profissionais de saúde, e, conseqüentemente, um tratamento de melhor qualidade.

Frisamos a importância da interdisciplinaridade em temas de direito à saúde, para que se possa promover uma evolução consciente no âmbito dos direitos fundamentais da pessoa. A interdisciplinaridade terá relevante atuação onde os temas de áreas diversas do conhecimento, dotadas às vezes de metodologias diferentes, têm importância equivalente na discussão de uma questão científica.

A recente polêmica a respeito da “internação compulsória” de dependentes químicos é um exemplo em que podemos justificar a preocupação com o rigor técnico apropriado, quando se produz e divulga o conhecimento. Colocamos a expressão entres aspas, pois estamos nos referindo às situações que a mídia divulga, em que o Estado promove internações em massa de usuários de substâncias, notadamente o *crack*, sem a observância do devido processo legal.

O devido processo legal é princípio constitucionalmente previsto, e se irradia em todos os tipos de processo que fazem parte da vida jurídica brasileira, incluindo o processo judicial e o processo legislativo, bem como os processos administrativos e as relações negociais privadas. Como afirma Didier Jr. (2012, p. 53-54), “[a] palavra ‘processo’, aqui, deve ser compreendida em se sentido amplo (...): qualquer modo de produção de normas jurídicas (jurisdicional, administrativo, legislativo ou negocial)”.

Considerando os princípios do contraditório e da ampla defesa enquanto dois dos desdobramentos do princípio do devido processo legal, podemos verificar claramente a posição jurídica da medida de segurança enquanto internação compulsória: ela se dá ao cabo de um processo judicial criminal, mantendo ainda uma alta carga de identificação com as origens do instituto. Führer e Führer (2007) registram que a medida de segurança propriamente dita tem sua origem no projeto de Código Penal suíço de autoria de Karl Stoops, no final do século XIX, aplicável não apenas a inimputáveis, mas também a imputáveis e tendo como fundamentos tanto a periculosidade do agente, quanto a defesa da sociedade. Ainda que se queira, dentro da polêmica da internação de usuários de *crack*, adequar a

discussão ao âmbito da internação involuntária (e não mais da internação compulsória), colocando o Estado na qualidade de responsável legal por uma pessoa sem vínculos ou laços familiares conhecidos, morador de rua, em situação de extrema desintegração social e desequilíbrio em sua saúde global, o devido processo legal, considerado naquele sentido amplo, deve ser observado. Se, enquanto responsável legal, o Estado pretende uma internação involuntária em vista de uma suposta imperiosidade da medida, a ampla defesa deve restar resguardada. Aliás, o próprio fato da ausência de capacidade de autodeterminação de um adulto, que o leve a não poder expressar sua vontade quanto a uma possível internação, deve ser objeto de defesa, quando o Estado se mostra como a única possibilidade de representação legal do dependente químico.

O instituto da medida de segurança revela-se apto a ser objeto de uma evolução que o adapte continuamente às transformações das políticas relacionadas à pessoa com transtorno mental, mas encontra resistência numa tradição jurídico-penal rígida. Os órgãos de administração judiciária e penal procuram, ainda que de forma tímida, atrair os julgadores a uma sensibilização quanto às políticas antimanicômias, as quais não se resumem na simples “desinternação”, abrangendo de forma muito profunda a responsabilidade em face da humanização do cuidado à saúde mental.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. **Rumo ao fim dos manicômios**. *Mente e Cérebro*. 2006. Disponível em:  
<[http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios\\_imprimir.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html)>. Acesso em: 24 set. 2008.
- BEZERRA JR., Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.171-191.
- BRASIL. Projeto de Lei 3657 de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, DF, 12 set. 1989. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 3 set. 2010.

REVISTA ELETRÔNICA DA  
FACULDADE DE DIREITO DE FRANCA

*www.revista.direitofranca.br*

v. 7, n.1, jul/2013, ISSN: 1983-4225

- BRASIL. **Código Penal do Brasil**. 50ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BRASIL. **Legislação em Saúde Mental**. 2. ed. rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 47-63, 2012.
- BRITO, Emanuele Seicenti de; LEITE, Renata Antunes Figueiredo; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Produção Científica sobre Direitos Humanos dos Portadores de Transtornos Mentais. **Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics**, Ribeirão Preto (SP), Ano II, Volume III, p. 33-42, 2012.
- CHAMMA, Rita de Cássia; FORCELA, Hideko Takeuchi Forcella. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos dos pacientes. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 184-190, jun. 2001.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Resolução n. 113 de 20 de abril de 2010. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12231-resolucao-no-113-de-20-de-abril-de-2010>>. Acesso em 8 abr. 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. Recomendação n. 35 de 12 de julho de 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/15070-recomendacao-n-35>>. Acesso em 11 abr. 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Resolução n. 4 de 30 de julho de 2010. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucao\\_CNPCP\\_4.2010](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucao_CNPCP_4.2010)>. Acesso em 15 abr. 2013.
- DIDIER JR, F. **Curso de Direito Processual Civil: introdução ao direito processual civil e processo de conhecimento**. Salvador: Jus Podivm, 2012.

GABLE, Lance.; VÁSQUES, Javier; GOSTIN, Lawrence O.; JIMÉNEZ, Heidi V. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, v. 18, n. 4, p. 366-373, 2005.]

FÜHER, M.R.E. FÜHER, M.C.A. **Código Penal Comentado**. São Paulo: Malheiros, 2007.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: Medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5. n.1, p. 67-85, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução nº 46**. A proteção de pessoas acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. 1991. Disponível em: <[www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/.../protecaopessoatm.pdf](http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/.../protecaopessoatm.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Genebra, 2005.

PRANDONI, Raul Fernando Sotelo Prandoni.; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza.

Loucura e complexidade na clínica do cotidiano. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 623-634, dez. 2006.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

VENTURA, Carla Aparecida Arena; BRITO, Emanuele Seicenti de. Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e o exercício de seus Direitos. **REV RENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 744-54, 2012.

VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Saúde Mental e Direitos Humanos: o processo de construção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. 2011. 196f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 593-598, out./dez. 2004.