

# **O DIREITO DOS LOUCOS ATRAVÉS DOS TEMPOS**

PAULA CRESTANA PEREIRA

## **Resumo**

O artigo apresenta uma visão da história da loucura no mundo e de como em cada período era conduzido o direito do doente mental. Com a criação dos asilos, também conhecidos como manicômios, os loucos, quando trancados nesse ambiente perdem todo e qualquer direito, ficando a mercê de peritos e juízes sem saber quando vão sair. A pena é dura, talvez até a morte. A luta antimanicomial cresce a cada ano e o judiciário vê isso como o último recurso a ser usado como defesa para o réu.

## **Palavras-chave**

Direito – Loucos – Constituição – Código Penal – Luta Antimanicomial.

## **Abstract**

The article presents a crazy history of vision in the world and how each period was driven right of the mentally ill. With the creation of nursing homes, also known as asylums, madmen, when locked in this environment lose any and all rights, being at the mercy of experts and judges without knowing when they will leave. The penalty is harsh, perhaps even death. The anti-asylum struggle grows every year and the judiciary sees this as the last resort to be used as a defense for the defendant.

**Keywords:** Law – Crazy – Constitution – Penal Code – Anti-Asylum.

## **Introdução**

Em tempos remotos, a loucura era considerada divina e não existia punição para qualquer desvio de conduta, causado pelo indivíduo portador de doença mental. Eles vagavam pela cidade e não havia tratamento adequado, pois como eram considerados divino, vindos dos céus, somente os deuses poderiam resolver. Eram feitas oferendas para aplacar a ira dos deuses como método de resolver a questão.

No final da idade média, com o desaparecimento da lepra do mundo ocidental, os leprosários ficam vazios na Europa e tornam-se casas de correção para jovens. Os poucos leprosos que restam são agrupados no hospital dos Incuráveis (1696).

Surge então para substituir a lepra, as doenças venéreas ao final do século XV e os doentes são recebidos nos hospitais de leprosos. Logo, o número de enfermos aumenta e seria necessária a construção de novos hospitais.

No século XVII, uma figura muito interessante surge: o Nau dos Loucos, uma embarcação que transportava os loucos de uma cidade até a outra onde erram escorraçados. Às vezes deixavam os passageiros antes do destino para se livrar do incomodo.

Noutro período, a religião começou a estigmatizar a doença como sendo algo demoníaco. Seria necessária a intervenção da igreja para exorcizar o mal e proteger as pessoas e isso funcionou muito bem, pois, todos possuíam medo de demônios e do inferno. Isso contribuiu ainda mais para o preconceito contra os portadores de transtorno mental, tirando a legitimidade dos médicos que poderiam tratar o problema para resolver o caso somente na base da fé.

Surgiu então, a necessidade de acomodar em um ambiente privado esses indivíduos, dando início aos asilos. Nesse ambiente, a igreja teria total autonomia sobre o paciente e poderia aplicar diversos tipos de castigos para tentar purificar e expurgar os seus pecados, sem que ninguém pudesse ver ou interferir.

Quando um doente mental entra em uma instituição como o manicômio, perdem-se todos os seus direitos, passando por um processo chamado de mortificação

do eu (a morte de sua personalidade), onde ele vai ser submetido a todo o tipo de tratamento desumano possível e pressões psicológicas, com a finalidade de torna-lo submisso e fazer com que ele esqueça sua vida fora dos muros do hospício.

No direito brasileiro, o louco é visto como um sujeito sem direitos.

Conforme o código civil artigo 3º, II – os loucos são absolutamente incapazes. Pode ser causa de nulidade do casamento (artigo 1.548 Código Civil) ou anulação do casamento por erro essencial (artigo 1.556 e 1.557, IV Código Civil). Estão sujeitos a processo de interdição com nomeação de curador (artigo 1.767, III do Código Civil) e perda dos direitos políticos (artigo 15, II da Constituição Federal).

No Direito Penal, os loucos são inimputáveis (artigo 26 do Código Penal), mas sujeitos a medida de segurança (internação em hospital de custódia ou tratamento ambulatorial por tempo indeterminado ou até que perca a periculosidade (artigo 96 e 97 do código penal).

Durante o processo judicial, o louco passa por um exame de insanidade mental e internação em manicômio judiciário pelo prazo de 45 dias ou prazo maior por necessidade do perito (artigo 149 do Código de Processo Penal).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi promulgada pelo Decreto 6.949/09, nos termos do artigo 5º, § 3º, da CF e determina o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com transtorno mental, estabelece também que todos são iguais perante a lei e fazem jus a igual proteção e benefício da lei.

Por fim, reconhece a capacidade legal em igualdade de condições da pessoa com transtorno mental com as demais pessoas em todos os aspectos da vida.

Ao tomar partido dessa condição da Convenção Internacional (Emenda à Constituição), buscamos nesse artigo realizar uma reflexão que permita problematizar algumas questões referentes à incapacidade absoluta do Código Civil, a interdição e perda dos direitos políticos das pessoas com transtorno mental.

Pretendemos problematizar que diante da lei nº 10.216/01 (antimanicomial) é preciso rever o processo de exame de insanidade mental do acusado com internação em

manicômio e aplicação de medida de segurança em Hospital de Custódia e Tratamento. Sustentamos, em contrapartida, que tais medidas de exclusão social do louco na sociedade são resultado de falta de informação e instrução sobre como lidar com o problema.

## **1. Os loucos através dos séculos.**

No final da Idade Média na Europa, por volta da metade do século XVII, a “loucura” vem substituir o espaço moral de exclusão até então ocupado pela lepra e pelas doenças venéreas. Um fato curioso a constatar é que sob a influência do modo de internamento, tal qual ele se constituiu no século VXII, foi que a doença venérea, ao lado da loucura, se isolou de seu contexto médico e passou então a ocupar o tal espaço moral de exclusão.

De fato, a verdadeira herança da lepra deve ser buscada não nela própria, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas é necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que no entanto lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada por volta do século XVII, antes que se ressuscitassem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença.<sup>1</sup>

Somente a partir do século XVIII, o conceito de loucura passa a ser associado à concepção de doença. Desta forma, a loucura é, finalmente, relacionada à medicina, tornando-se precursora de uma divisão que ocorreria no século seguinte entre doenças físicas e psicológicas.

Ao contrário do século XVII, onde as pessoas viam a loucura como desvario, a partir do século XIX ela passa a ser vista como questão psicológica, biológica e física. É a partir daí, ou seja, das teorias médicas, que surge a figura do louco moderno.

---

<sup>1</sup> FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. Ed. Perspectiva, 2014, São Paulo. P. 8.

A questão é que com o passar dos séculos, as mudanças mais perceptíveis não são aquelas que tratam apenas dos locais os quais se acolhiam os loucos, mas principalmente o “ator” social a quem este louco passava importar de acordo com seu novo enquadramento de “papel social” que passara a ocupar.

Com extrema propriedade, o filósofo Michel Foucault aborda a problemática da transição da “figura social” do louco:

“Se a loucura no século XII está como que *dessacralizada* é de início porque a miséria sofreu essa espécie de degeneração que a faz ser encarada agora apenas no horizonte da moral. A loucura só terá hospitalidade doravante entre os muros do hospital, ao lado de todos os pobres. É lá que a encontraremos ainda no final do século XVIII. Com respeito a ela, nasceu uma nova sensibilidade: não mais religiosa, porém moral. Se o louco aparecia de modo familiar na paisagem humana da Idade Média, era como que vindo de outro mundo. Agora, ele vai destacar-se sobre um fundo formado por um problema de ‘polícia, referente à ordem dos indivíduos na cidade. Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar; agora será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará, num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho. De fato, ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social. Despoja dos direitos da miséria e da sua glória, a loucura, com a pobreza e a ociosidade, doravante surge, de modo seco, na dialética imanente dos Estados”.<sup>2</sup>

Podemos observar, portanto, acerca da loucura, o quanto a articulação desta com a exclusão vem se produzindo fortemente em conjunto com uma dimensão temporal que a sustenta.

Ainda nas palavras do Filósofo:

“A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integra-se num grupo; o momento em começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos

---

<sup>2</sup> Idem. História da Loucura na Idade Clássica. p. 63.

a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido”.<sup>3</sup>

Ou seja, independente da roupagem na qual enquadre a loucura, e independente de quem seja o “ator responsável” por ela, sejam as religiões, seja a ciência através da medicina, seja o Estado com seu dever de polícia, a imbricação da loucura é a segregação, repetidamente com o passar dos séculos.

É certo que hoje, contamos com avanços no sentido dos estudos e pesquisas sobre o tema, mas ainda não contamos com tanta melhoria prática no trato do dia a dia das pessoas portadoras da loucura.

Trazendo o tema mais para a nossa atualidade, onde precipuamente a medicina e o Estado-polícia se “apropriam” do dever de “cuidar” da loucura.

Nesse contexto, a “Declaração dos Direitos do Homem”, promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte da França Revolucionária em 26 de agosto de 1789, em sua prerrogativa de não deter ninguém a não ser nos casos da lei, encerra-se a fase do internamento, no termo Renascentista e Classicista da palavra, porém, os loucos serão mantidos mediante averiguação de juiz e mediante laudo médico que ateste a referida loucura, dando início a “Era Moderna” da loucura.

## **2. A Saúde Mental e os Direitos Humanos.**

O sujeito que é acometido por adoecimento psíquico, quando confrontado a conviver em sociedade, é levado ao desconhecimento de si mesmo, isso quer dizer que *“a subjetividade do homem cria um mundo objetivo, e é a objetividade que permite a condição humana de existência”*,<sup>4</sup> desse modo, pode-se dizer que a subjetividade é o ponto central da efetivação dos direitos humanos, se trata, nas palavras de Cleunice

---

<sup>3</sup> Id. p. 78.

<sup>4</sup> FIALHO, Cleunice Dornelles. **Relação entre Trabalho e Cidadania**. In: Trabalho e cidadania no Brasil/Organizado por Elias Medeiros Vieira e Romeiro Jair Kunrath - Santa Maria/Porto Alegre: FACOS-UFSM/Programa de Pós Graduação em Ciências Políticas da UFRGS,2006. p. 24.

Fialho, “[...] *uma necessidade artificial criada pela condição humana*”,<sup>5</sup> que permeia a construção social com vistas “a participação ativa dos cidadãos nos processos políticos, sociais e comunitários configura-se numa participação cidadã e tem como objetivo influenciar, as decisões que contemplem os interesses sociais e o exercício da cidadania”,<sup>6</sup> cidadania essa tolhida pelo adoecimento mental que dificulta o acesso aos direitos sociais abraçados pela Constituição Federal de 1988.

O artigo 6º da CF/88 preconizado como sendo “[...] *direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social a proteção maternidade e à infância, assistência aos desamparados, [...]*”,<sup>7</sup> todavia, de difícil acesso prático pela população atingida pelo transtorno mental.

Reforçando e dando diretrizes aos Direitos Fundamentais prestigiados na Constituição Federal, a lei 10.216 de 2001 preconiza o acesso à saúde mental de forma integral e socialmente reconhecido pela sociedade. A artigo 2º dispõe o direito ao atendimento integral dos casos graves em sofrimento psíquico, e em seu parágrafo único salienta,

“São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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;

---

<sup>5</sup> Idem, p.25.

<sup>6</sup> AMORIM, Maria Salete Souza de. **Cidadania e novas formas de participação política** In: Trabalho e cidadania no Brasil/ Organizado por Elias Medeiros Vieira e romeiro Jair Kunrath - Santa Maria/Porto Alegre: FACOSUFMS/ Programa de Pós Graduação em Ciências Políticas da UFRGS,2006. p.46.

<sup>7</sup> BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988**. Disponível [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em abril 2016.

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.<sup>8</sup>

De acordo com a UNESCO o direito humano é o “[...] *reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo*”.

Nota-se, todavia, que ao contrário da expectativa do ordenamento em atender adequadamente os povos a ele subordinados, vê-se na prática filas intermináveis de espera por atendimento terapêutico, e quando o conseguem o atendimento, este não atende à qualidade esperada que o caso requer. Cotidianamente os necessitados do atendimento acessam as portas da saúde, assistência social, previdência social entre outros, sendo cidadãos como qualquer outrem, sujeitos de direitos, aqueles previstos na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Diante desse paradoxo, a ressocialização perfaz a identificação do ser social como integrante da sociedade e do “eu” no reconhecimento de seus direitos e acessibilidade a qualquer momento.

De acordo com Sasaki, “para incluir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada a partir do entendimento de que ela é que precisa ser capaz de entender as necessidades de seus membros”<sup>9</sup>.

E com esse olhar o Brasil passou a melhor conhecer da luta das pessoas portadoras da loucura, sensibilizando-se através da perspectiva dos Direitos Humanos, quanto às necessidades de lançar um olhar diferenciado à estas pessoas. Através daí, principalmente com o marco da promulgação da Lei nº 10.216/2001, foi redirecionado o amparo em saúde mental, cujas minúcias serão abordadas no próximo tópico.

---

<sup>8</sup> BRASIL. **Lei 10.216/2001** de 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em abril 2016.

<sup>9</sup> SASSAKI, Romeu Kazumi-1938. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997. p. 40.

### **3. A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Luta Antimanicomial.**

Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população. É nesse contexto, que no fim da década citada, que surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil.

Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país.

Por conta disso, em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), donde sagrou-se a motivo central de priorização os investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência até então havido dos hospitais como sendo o centro de tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Ainda em 1987 realizou-se o II Congresso Nacional do MTSM no qual se concretiza o Movimento da Luta Antimanicomial onde instituiu-se o lema “por uma sociedade sem manicômios”. Para Amarantes:

“Enfim, a nova etapa (...) consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional...”<sup>10</sup>

Nesse contexto, em 1989 foi proposto pelo Deputado Federal Paulo Delgado o Projeto de Lei que propõe regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, bem como propõe a extinção progressiva dos hospícios ainda existentes no país, trazendo importantes alterações no texto normativo. Porém, só após 12 anos de tramitação do Projeto ele foi aprovado onde finalmente passou ao status de Lei, tendo ficado conhecida como a “Lei Paulo Delgado” (Lei Federal 10.216/2001).

---

<sup>10</sup> AMARANTE, P. D. de C., (coordenador), - Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

Este marco é importantíssimo para a evolução da problemática estrutural social que envolve a pessoa com transtorno mental pois a partir daí a Luta Antimanicomial no Brasil se fortaleceu, e mesmo antes da promulgação da referida Lei, ela já produzia reflexos. Isso porque, depois a proposta do projeto desta lei, surgiram diversos “Programas” de governo propondo profunda e reais transformações à estruturação da forma dos tratamentos envolvendo essas pessoas, tais como a criação do Programa “De volta pra casa”.<sup>11</sup>

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psico-social (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura.<sup>12</sup>

Verifica-se, desse modo, que o processo da Reforma Psiquiátrica dividiu-se em duas diferentes fases: a primeira de 1978 a 1991 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra hospitalares.

---

<sup>11</sup> O **Programa de Volta para Casa** foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da **Lei Federal 10.708** de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Além disso, o “De Volta para Casa” atende ao disposto na **Lei 10.216** que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Em parceria com a **Caixa Econômica Federal**, o programa conta hoje com mais de 2600 beneficiários em todo o território nacional, os quais recebem mensalmente em suas próprias contas bancárias o valor de R\$240,00. Em conjunto com o Programa de Redução de Leitões Hospitalares de longa permanência e os **Serviços Residenciais Terapêuticos**, o Programa de Volta para Casa forma o tripé essencial para o efetivo processo de desinstitucionalização e resgate da cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais submetidas à privação da liberdade nos hospitais psiquiátricos brasileiros. O auxílio-reabilitação psicossocial, instituído pelo Programa de Volta para Casa, também tem um caráter indenizatório àqueles que, por falta de alternativas, foram submetidos a tratamentos aviltantes e privados de seus direitos básicos de cidadania. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/programa.html>. Acessado em maio de 2016.

<sup>12</sup> MESQUITA, José Ferreira de. NOVELLINO, Maria S. F., CAVALCANTI, Maria Tavares. **REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: UM NOVO OLHAR SOBRE O PARADIGMA DA SAÚDE MENTAL**. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2526.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf). Acessado em maio de 2016.

A principal meta da Reforma Psiquiátrica, que acabou por culminar no movimento conhecido como Luta Antimanicomial, era desinstitucionalizar o manicômio através de um conjunto de ações envolvendo estudos, pesquisas, aplicações práticas e esforço pela mudança dos valores sociais e culturais “impregnados” na população.

Outro aspecto buscado pela “Luta” foi a o fim da mercantilização das formas de tratamento da loucura, visando interferir de forma prática no modelo até então vigente, através mudanças no dia a dia (na rotina) dos locais de convivência do louco, considerando sempre os serviços ali dispensados, bem como as relações interpessoais ali vivenciadas.

Pode se dizer que a Reforma pretendeu a construção coletiva de uma nova consciência crítica, tanto pelo saber psiquiátrico, quanto pela comunidade em geral, acerca do modelo de assistência utilizado em favor das pessoas com transtornos mentais.

#### **4. O louco e o Direito Penal Brasileiro.**

A problemática da Legislação Penal Brasileira em relação a sua tratativa com as pessoas com comportamento desviante, se apresenta quando confrontada com a Constituição Federal do Brasil, bem como com a Lei Federal nº 10.216/2001, e ainda com os Tratados de Direitos Humanos e outros compromissos internacionais dos quais o Brasil é signatário. Dentre estes citados, podemos destacar a Declaração de Caracas, onde em 1990 o Brasil tornou-se signatário, a qual também propõe reestruturação da forma de assistência psiquiátrica. A Declaração de Caracas, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos

Sistemas Locais de Saúde. A Declaração foi aprovada por aclamação pela conferência, em sua última sessão de trabalho no dia 14 de novembro de 1990.<sup>13</sup>

Em relação à codificação no Brasil, as medidas de segurança só foram codificadas pela primeira vez no Código Penal de 1940. Todavia, alarmantemente, o Código Penal de 1940, em seu art. 78, havia definido um rol no qual determinada a quem cabia presunção de periculosidade, sendo que no inciso I expressamente constava “os doentes mentais e pessoas com desenvolvimento mental incompleto ou retardado”.

Importante destacar, nesse ponto, que a medida de segurança aplicada a estes casos já tinha caráter indeterminado da pena, que quer dizer que o indivíduo apenas estaria livre da medida de segurança caso estivesse totalmente curado com base em análise médica.

O ordenamento jurídico penal frente à loucura pretendeu com medida de segurança se estabelecer como uma forma de “assistência aos inimputáveis”, e não como uma pena. No entanto, com a indeterminação do prazo para “liberação” deste “doente”, o que se observa é uma verdadeira condenação à prisão perpétua, vez que o doente mental não sabe quando cessará sua condição, ficando totalmente a mercê desta condenação em forma de proteção.

O problema da indeterminação da pena vai de encontro ao disposto na alínea “b”, do inciso XLVII, do art. 5º da CF/88, que veda a existência de pena de caráter perpétuo no ordenamento brasileiro. O prazo indeterminado, dessa forma, se choca com a Carta Magna, ao se basear numa periculosidade futura e passível de ser perpétua.

Assim, é necessária uma interpretação constitucional do instituto, em conformidade com os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a melhoria do atendimento de Saúde Mental da ONU e com a Convenção Interamericana do tema, no sentido de que a medida de segurança, por decorrer de um processo penal, tem que

---

<sup>13</sup> DECLARAÇÃO DE CARACAS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acessado em maio de 2016.

ter todas as proteções constitucionais, sob pena de não ter sido recepcionada, devido ao fato de que a Constituição é posterior ao desatualizado Código Penal de 1940.<sup>14</sup>

Quanto a pena, cabe destacar que existe diferenciação doutrinária entre os termos pena e medida de segurança, segundo o qual a pena teria um caráter retributivo-preventivo, já a medida de segurança natureza exclusivamente preventiva: a pena se basearia na culpabilidade do agente, já a medida de segurança na periculosidade; e o tempo da pena é determinado, e o da medida indeterminado.<sup>15</sup>

Dentre as medidas de segurança existentes, podemos aqui citar a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e o tratamento ambulatorial.

O primeiro tem por objetivo separar o indivíduo criminoso diagnosticado como louco do convívio social, face à imputabilidade a ele atribuída. Assim, o agente do ato delituoso deverá receber um acompanhamento psiquiátrico visando reinseri-lo na sociedade, ou, na ausência de hospital disponível, este deveria ser encaminhado para estabelecimento adequado. Entretanto, o que observa são lugares inóspitos, sem um mínimo de higiene, “profissionais” inaptos e o mais repulsivo: o abandono dos deficientes mentais, sendo uma das principais causas do abandono o fato destes estabelecimentos serem pouco inspecionados por agentes competentes.

Já no segundo caso é aquele previsto no § 1º do art. 97 do CP, onde trata da internação por tempo indeterminado acima mencionado. Neste caso, conclui-se que quando o internado não apresentar a cessação de periculosidade, poderá haver um prolongamento de prazo, sem limite algum, uma vez que o artigo em epígrafe não explicita um prazo máximo. Analisando sob esse ângulo, a internação funcionaria como uma espécie de prisão perpétua - o que a Constituição Federal repudia no art. 5º, XLVII, alínea b<sup>[4]</sup> -, como já mencionamos anteriormente. Ali os “excluídos socialmente” são deixados e esquecidos.

O art. 99 do Código Penal que trata sobre os Direitos do Internado, dispõe o seguinte: “*O internado será recolhido a estabelecimento dotado de características*

---

<sup>14</sup> STREVA, Juliana Moreira. **O Tratamento Penal da Loucura no Ordenamento Brasileiro**. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/21211/21211.PDF>. Acessado em maio de 2016.

<sup>15</sup> BITENCOURT, Cezar Robert. **Tratado de Direito Penal: parte geral**, vol. 1. 9ª edição.

*hospitalares e será submetido a tratamento.”. Na prática, o que se nota é que “ironicamente, por apresentarem ‘características hospitalares’, os manicômios judiciais têm sido considerados ‘estabelecimentos adequados’”.*<sup>16</sup>

Podemos concluir, dessa maneira, que as medidas de segurança adotadas pelo ordenamento jurídico penal pátrio muito se distanciam das prerrogativas estabelecidas nos compromissos internacionais em direitos humanos dos quais o Brasil se compromissou, como também há distanciamento da nossa própria Constituição Federal.

Isso quer dizer que as chamadas Medidas de Segurança possuem um caráter duplo: é absolutória, uma vez que não aplica a pena no seu sentido literal; e condenatória, que por sua vez exige características semelhantes à condenação (infração punível), além de corroborar o tratamento indigno dispensado aos portadores de transtornos mentais.

### **Considerações finais.**

Ao longo da história da política de saúde mental no Brasil, verificam-se diversas inovações, sobretudo, na trajetória da Reforma Psiquiátrica, que vem sendo discutida no país desde a segunda metade da década de 70. Ocorre que, embora essas novas práticas venham sendo implementadas, muitos dos direitos das pessoas com transtornos mentais continuam sendo violados. O que se evidencia é uma tradição fundada na negação dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos que não contam com uma rede de serviços de atenção à saúde mental estruturada, capaz de prestar assistência de forma contínua e integral. São escassas as políticas públicas de promoção à saúde mental, de promoção à convivência familiar e de prevenção aos transtornos mentais.

Nessa linha, não se pode perder de vista a relação intrínseca entre saúde mental e direitos humanos, de acordo com a noção de que o direito à saúde faz parte do elenco de

---

<sup>16</sup> LORENZO, M.P. **O tratamento dos doentes mentais no HCT (Hospital de Custódia e Tratamento)**. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2623/O-tratamento-dos-doentes-mentais-no-HCT-Hospital-de-Custodia-e-Tratamento>. Acesso em: maio de 2016.

direitos humanos, que devem ser assegurados na sua integralidade. Deve-se garantir o direito à saúde segundo a perspectiva da integralidade, articulando-o às outras políticas sociais. Essa articulação demonstra a percepção de que os direitos humanos compõem uma unidade indivisível, interdependente e inter-relacionada, conjugando os direitos civis e políticos com os direitos econômicos, sociais e culturais.<sup>17</sup>

Dentre os instrumentos de proteção e defesa dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais encontra-se a Lei nº 10.216/2001, a qual assimilou os princípios e os objetivos da Reforma Psiquiátrica. Porém, não se pode olvidar que a legislação de saúde mental, tomada isoladamente, não garante respeito e proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais.

Considerando-se que a legislação de saúde mental brasileira propõe uma estrutura voltada para o tratamento e apoio, e não para a punição, faz-se necessária a inter-relação dessa estrutura com o sistema de justiça criminal visando a efetiva implementação do acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos garantidos às pessoas com transtornos mentais autoras de delito. Como ficou evidenciado, a lei não muda a realidade, e, portanto, o Direito tem um sentido não apenas de declarar, mas também de promover: ele pode servir para provocar mudanças institucionais e sociais.<sup>18</sup>

No projeto de reorientação desse modelo, faz-se necessária a construção de uma rede de proteção social para acolher essas pessoas. Para tanto, é preciso cuidar para que as desinternações sejam efetivamente acompanhadas, com o encaminhamento devido aos serviços substitutivos e demais mecanismos de saúde pública e de assistência social. Outro ponto fundamental é a superação do preconceito da sociedade, que se acostumou a referir-se à pessoa com transtorno mental como um ser perigoso e incapaz.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

<sup>18</sup> CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. Dissertação de Mestrado. João Pessoa-PB. 2007. Disponível em: [http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh\\_pessoas\\_com\\_transtornos\\_mentais\\_autoras\\_de\\_delito\\_s.pdf](http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh_pessoas_com_transtornos_mentais_autoras_de_delito_s.pdf). Acessado em: maio de 2016.

<sup>19</sup> CINTRA JÚNIOR, Dyrceu Aguiar Dias. **Direitos humanos e saúde mental**. In. **Escritos em homenagem a Alberto Silva Franco**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. p. 151-162.

## Referências Bibliográficas

GOFFMAN, Erving. Manicômios, prisões e conventos/ Erving Goffman; [tradução Dante Moreira Leite], - São Paulo : Perspectiva, 2015. – Debates ; 91 dirigida por J. Guinsburg). Título original: Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. 9. Edição.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. História da Loucura : na idade clássica / Michel Foucault ; [tradução José Teixeira Coelho Neto]. – São Paulo : Perspectiva, 2014 – (Estudos ; 61 / dirigida por J. Guinsburg). 10. Edição. Título original: Histoire de la folie à l'âge classique.

IBRAHIM, Elza. Manicômio judiciário: da memória interrompida ao silêncio da loucura/Elza Ibrahim. – Curitiba : Appiris, 2014.

AMARANTE, P. D. de C., (coordenador), - Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

AMORIM, Maria Salete Souza de. **Cidadania e novas formas de participação política** In: Trabalho e cidadania no Brasil/ Organizado por Elias Medeiros Vieira e Romeiro Jair Kunrath -Santa Maria/Porto Alegre: FACOSUFMS/Programa de Pós Graduação em Ciências Políticas da UFRGS,2006.

BITENCOURT, Cezar Robert. Tratado de Direito Penal: parte geral, vol. 1. 9ª edição.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988**. Disponível [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em abril 2016.

\_\_\_\_\_, **Declaração Universal dos direitos Humanos**, Disponível em [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/decl\\_d\\_human.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/decl_d_human.pdf). Acesso em abril 2016.

\_\_\_\_\_, **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS** Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>. Acesso em abril 2016.

\_\_\_\_\_.**Lei 10.216/2001** de 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em abril 2016.

CINTRA JÚNIOR, Dyrceu Aguiar Dias. **Direitos humanos e saúde mental. In. Escritos em homenagem a Alberto Silva Franco**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito**. Dissertação de Mestrado. João Pessoa-PB. 2007. Disponível em: [http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh\\_pessoas\\_com\\_transtornos\\_mentais\\_autoras\\_de\\_delitos.pdf](http://www.aatr.org.br/site/uploads/publicacoes/dh_pessoas_com_transtornos_mentais_autoras_de_delitos.pdf). Acessado em: maio de 2016.

DANTAS, Marília Antunes. **O sofrimento psíquico e as tensões da autonomia na sociedade de indivíduos**. Psicologia.pt – Portal dos Psicólogos. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0422.pdf>. Acesso em: maio 2016.

FIALHO, Cleunice Dornelles. **Relação entre Trabalho e Cidadania**. In: Trabalho e cidadania no Brasil/ Organizado por Elias Medeiros Vieira e romeiro Jair Kunrath - Santa Maria/Porto Alegre: FACOS-UFSM/Programa de Pós Graduação em Ciências Políticas da UFRGS,2006.

LORENZO, M.P. **O tratamento dos doentes mentais no HCT (Hospital de Custódia e Tratamento)**. Disponível em: <<http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/2623/O-tratamento-dos-doentes-mentais-no-HCT-Hospital-de-Custodia-e-Tratamento>>. Acesso maio de 2016.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

SASSAKI, Romeu Kazumi-1938. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

STREVA, Juliana Moreira. **O Tratamento Penal da Loucura no Ordenamento Brasileiro**. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/21211/21211.PDF>. Acessado em maio de 2016.

TENÓRIO, Fernando – **A Reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1): 25-59, jan. – abr. 2002:38.

TESSER, Charles Dalcanale. **Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, jan./jun. 2006, p. 61-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>. Acesso em: maio 2016.