

## Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos

The rights of criminally insane individuals

Ludmila Cerqueira Correia <sup>1</sup>  
 Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima <sup>2</sup>  
 Vânia Sampaio Alves <sup>3</sup>

### Abstract

*The Psychiatric Reform Movement has supported proposals to reorient the hegemonic mental health care model. In Brazil, a facility for the criminally insane was created, called the Custody and Psychiatric Treatment Hospital (CPTH). The maintenance of such a structure, known as total institutionalization, has reinforced individual exclusion, limiting the patients' social rehabilitation. This article discusses the right to health in the CPTH from a human rights perspective. The advances achieved in Brazil under the National Mental Health Policy have failed to include reorientation of the care provided in such facilities for the criminally insane. The institution has remained an isolationist asylum, reflecting a historical denial of human rights. Progress in policy, per se, does not guarantee the materialization of recent strides gained through the Psychiatric Reform, particularly in relation to criminals with mental disorders. The state, through shared responsibility with society, should promote the effective reorientation of the health care model for these individuals, whose criminal responsibility should be acknowledged, while providing simultaneously for specialized care. Respect for human rights is not synonymous with impunity.*

*Psychiatric Hospitals; Right to Health; Human Rights; Mental Health*

### Introdução

Entre os diversos segmentos populacionais que demandam atenção diferenciada, destaca-se o das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Este é um tema cuja área de interesse vai além da Psiquiatria Forense e transborda os limites de um campo que pode ser definido de forma ampla e genérica como o da Psiquiatria a serviço da Justiça <sup>1</sup>. A necessária interdisciplinaridade que o tema envolve exige uma interlocução efetiva com o Direito, a Psicologia, a Saúde Pública, as Ciências Sociais, o Serviço Social, a Jus-Filosofia, entre outros. A articulação entre saúde mental e direitos humanos interessa à sociedade, aos profissionais, aos pacientes e às respectivas famílias <sup>2</sup>. Já não se justifica a dicotomia do binômio indivíduo/sociedade, pois a discussão sobre a dignidade da pessoa, independentemente de ser paciente ou autor de delitos, plasma conteúdos de Ciências da Saúde, das Ciências Jurídicas e das Ciências Sociais.

Embora a interação com diferentes campos do saber e da prática se configure relevante para a abordagem de vários fenômenos humanos, no que diz respeito às pessoas com transtorno mental autoras de delitos, encontra um vértice muito peculiar que é o da discussão de um dos direitos humanos: o direito à saúde. Este trabalho objetiva, portanto, discutir o direito à saúde dos internos nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) na perspectiva dos direitos humanos.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Direito, Universidade Católica do Salvador, Salvador, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

#### Correspondência

L. C. Correia  
 Universidade Federal da Paraíba.  
 Rua Rubem Berta, 195,  
 Ed. Solar Dom Antonio  
 L. Rodrigues, apto. 302,  
 Salvador, BA  
 41810-045, Brasil.  
 ludcorreia@gmail.com

## Aspectos históricos

O modelo assistencial psiquiátrico hegemônico passou a ser discutido a partir do final da década de 1940. As críticas se fundamentam no anacronismo e na ineficácia do modelo<sup>3,4</sup>. As denúncias recorrentes de violência nas instituições psiquiátricas têm sido objeto de mobilizações da sociedade civil e de profissionais de saúde. O crescente clamor social contra as diversas formas de desrespeito aos direitos humanos tem fortalecido uma consciência acerca da importância da luta pelo direito à singularidade, à subjetividade e à diferença. A ampliação da compreensão a respeito da natureza discriminatória dos estabelecimentos psiquiátricos envolveu familiares, comunidade e outros atores sociais na discussão da cidadania dos internos nos manicômios judiciários.

Em relação às ações necessárias para a garantia dos direitos humanos dessas pessoas, Costa<sup>5</sup> (p. 143) reitera o caráter segregador desses estabelecimentos afirmando que o hospital psiquiátrico tornou-se um “*emblema da exclusão e seqüestro da cidadania*”, considerando, ademais, sua repercussão na vida dos pacientes de transtornos mentais ao longo dos últimos duzentos anos.

O início da assistência psiquiátrica pública no Brasil data da segunda metade do século XIX. As pessoas que enlouqueciam e eram provenientes das camadas sociais desfavorecidas eram recolhidas aos asilos, onde padeciam de maus-tratos. Sobre isso, Costa<sup>5</sup> (p. 148) comenta, “*ficavam presas por correntes em porões imundos passando frio e fome, convivendo com insetos e roedores, dormindo na pedra nua sobre dejetos, sem nenhuma esperança de liberdade*”.

Sem muita diferença dos tempos atuais, a sociedade do século XIX via no *louco* uma ameaça à segurança pública, sendo o recolhimento aos asilos a única maneira de lidar com a pessoa com transtorno psiquiátrico. Esse recolhimento, autorizado e legitimado pelo Estado por meio de textos legais editados pelo Imperador, pretendia oferecer proteção à sociedade.

A crescente pressão da população para o recolhimento dos alienados “inoportunos/as” a um lugar de isolamento e o questionamento de alguns médicos e intelectuais frente às condições subumanas das instituições asilares, fizeram com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com o objetivo de tratá-los. Nesse contexto foi criado o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. De forma gradativa, esse modelo assistencial se desenvolveu e se ampliou em todo o território nacional, consolidando e reproduzindo

no solo brasileiro o hospital psiquiátrico europeu como o espaço socialmente legitimado para a loucura. Entre as unidades hospitalares criadas com o cunho segregacionista, encontram-se os HCTP para as pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos. A ênfase dessa instituição hospitalar estava no processo de aparação social descomprometida com o cuidado à saúde e com a reinserção psicossocial.

O modelo assistencial asilar/carcerário para o tratamento das pessoas com transtornos mentais é de exclusão, tanto nos hospitais psiquiátricos para *loucos* não infratores como naqueles para *loucos* infratores, onde a exclusão é mais incisiva. As práticas exercidas nos hospitais psiquiátricos brasileiros demonstram que o tratamento dispensado tem legitimado a segregação. Tais instituições configuram-se como espaços de estigmatização e de obscuridade.

## O manicômio judiciário

Os hospitais específicos para acolher os *loucos* infratores foram instituídos no Brasil a partir da segunda década do século XX com a denominação de manicômios judiciários. A sua implementação foi precedida pela discussão acerca de qual seria o encaminhamento institucional que deveriam ter indivíduos que eram considerados loucos e criminosos. Desse modo, além dos hospitais psiquiátricos para pessoas com transtornos mentais, começaram a funcionar no país os espaços asilares para receber e tratar os ditos *loucos* criminosos.

O manicômio judiciário pode ser caracterizado como uma *instituição total*, uma vez que reforça a exclusão individual e limita a interação com o mundo exterior<sup>6</sup>. Nas instituições com essa configuração, as sociedades contemporâneas preservam suas pretensões de controle e de dominação. O manicômio judiciário passou a ser denominado como HCTP, conforme previsão do *Código Penal* brasileiro nos seus artigos 96 e 97 e na *Lei de Execução Penal*<sup>7</sup> no artigo 99. A permanência do modelo manicomial tem acirrado a discussão sobre os direitos humanos de pessoas com transtorno mental autoras de delito e sobre o direito das famílias acompanharem e assistirem os seus entes internados.

Conforme Carrara<sup>8</sup> (p. 148), “*a idéia central é de que ‘loucos perigosos ou que estivessem envolvidos com a justiça ou polícia’ deveriam ser separados dos alienados comuns, constituindo-se em objeto institucional distinto*”. Configurava-se, assim, uma nova categoria, a dos “*loucos-criminosos*”, cujo destino deveria estar absolutamente desvinculado do Hospício Dom Pedro II. Emer-

gia a compreensão a respeito da necessidade de construir uma nova instituição para recolhimento asilar desse segmento populacional. Forjava-se, dessa maneira, a demanda por um “*manicômio criminal*”. Essa nova instituição emergia, pois, correspondendo à convergência dos interesses da área de saúde e do âmbito jurídico, atendendo à necessidade de zelar pela segurança da sociedade. A iniciativa, compatível com o pensamento da época e o poder-dever do Estado, excluía a possibilidade de qualquer integração sócio-familiar do denominado “*louco-criminoso*”.

O primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina foi inaugurado na cidade do Rio de Janeiro, em 1923. Em relação a esse evento, Carrara <sup>8</sup> (p. 194) comenta que “*coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso*”.

Com a implementação do manicômio judiciário vislumbrava-se uma solução de interesse da sociedade cujo tecido fora agredido pelo delito da pessoa com transtorno mental. Ao apresentar-se como instituição prisional, sustentava-se na premissa de que o indivíduo, ainda que com transtorno mental, deveria pagar pelos crimes cometidos. Enquanto instituição de custódia, guardava uma natureza diferenciada, a de satisfazer as interpretações patologizantes e biodeterminantes do indivíduo <sup>8</sup>. O manicômio judiciário se caracterizava, portanto, como um lugar social específico para o encontro entre crime e loucura. Desse modo, essa instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

No que tange à legislação brasileira, o *Código Penal* de 1890 dispunha que não são criminosos os que “*por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de imputação*” e “*os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime*”. E ainda preceituava que “*os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público*”.

Cinquenta anos depois, o *Código Penal* de 1940 instituiu o chamado sistema do “*duplo binário*”, que apresentava dois tipos de reação penal: de um lado, a pena, medida segundo o grau de culpabilidade do sujeito e a gravidade de seu

ato; e, de outro, a medida de segurança, fundada na avaliação do grau de periculosidade do acusado. A medida de segurança deveria atingir os “*loucos criminosos*” e algumas outras classes de delinqüentes não-alienados. Assim, configurava-se a aplicação dupla de pena e medida de segurança.

Com a Reforma Penal de 1984, foi adotado o sistema *vicariante*: o fundamento da pena passa a ser exclusivamente a culpabilidade, enquanto a medida de segurança encontra justificativa somente na periculosidade aliada à incapacidade penal do agente <sup>7,9</sup>. A partir daí, a medida de segurança passou a ser aplicada apenas aos inimputáveis, tendo tal instituto a natureza preventiva e não a punitiva. Com tal Reforma, portanto, as medidas de segurança, que visavam a garantir a proteção tanto do indivíduo com transtorno mental quanto da sociedade, são alteradas no artigo 96 do *Código Penal* e passam a significar obrigatório tratamento psiquiátrico; seja em internação em HCTP ou, à falta de outro estabelecimento adequado, a sujeição ao tratamento ambulatorial.

Assim, conceitos de culpabilidade, de imputabilidade e periculosidade emergem plasmando a terminologia jurídica à da Psiquiatria. A imputabilidade é definida como a capacidade de entendimento psíquico do caráter ilícito do comportamento delituoso, de acordo com o que prevê o artigo 26 do *Código Penal* brasileiro <sup>10</sup>. O conceito de periculosidade tem sido objeto de muitos debates nas áreas médica e jurídica, constituindo-se relevante desde o século XIX. Segundo Foucault <sup>11</sup> (p. 85): “*a grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam*”.

Assim, o conceito da periculosidade presumida justificou a criação e a manutenção do instituto da medida de segurança como forma de proteger a sociedade daquele que é perigoso *a priori*. Dessa forma, quando se suspeita que o indivíduo que praticou ato delituoso apresenta algum transtorno mental, deve ser feita uma solicitação de exame médico-legal para que se avalie a imputabilidade com vistas à formação do processo de *Incidente de Insanidade Mental* <sup>12</sup>. Após a finalização do exame de insanidade mental, este é remetido ao juiz, que poderá acatar ou não o parecer dos peritos. Caso a insanidade mental tenha sido argüida e o juiz acate o parecer, absolverá o acusado e aplicará a medida de segurança. O

juiz, com a competência jurisdicional específica, uma vez observado o devido processo legal, deve aplicar a medida de segurança, que tem tempo indeterminado em face da situação considerada de periculosidade do indivíduo e deverá ser cumprida num HCTP, sendo que o internamento do indivíduo em tal instituição se destina ao tratamento psiquiátrico<sup>13</sup>.

Destacando a natureza reducionista da compreensão do ser humano quando se elege a periculosidade como a única expressão possível do sujeito, Barros<sup>14</sup> afirma a inobservância do equacionamento de suas necessidades. Esse reducionismo compromete o cuidado integral à saúde da pessoa com transtorno mental e a garantia dos seus respectivos direitos.

A medida de segurança surge como sendo uma pena de caráter afliitivo. Em que pese constituir-se em um processo terapêutico, a estabilização do quadro patológico diagnosticado anteriormente não marca o término da medida de segurança, configurando, assim, uma situação de desrespeito aos princípios dos direitos humanos pela circunstância de perpetuar a restrição de ir e vir de uma pessoa. Nessa perspectiva crítica das medidas de segurança, Corrêa<sup>15</sup> (p. 147) acrescenta que elas “*continuam sobre conceitos incertos e ambíguos, e espelham um tipo de conceito indeterminado*”.

Baseando-se, portanto, no potencial de periculosidade do infrator, a medida de segurança possibilita uma segregação indeterminada, pois se o laudo psiquiátrico concluir que não cessou a periculosidade do paciente, este deverá permanecer internado. Resta ao juiz da Vara de Execução Penal acatar esta circunstância de caráter médico-psiquiátrico. A medida de segurança configura, para o interno, a falta de perspectiva do seu retorno ao convívio comunitário. Este potencial rompimento dos laços sócio-familiares constitui uma das dimensões pelas quais os direitos humanos repelem a indeterminação do tempo de internação no HCTP.

Segundo Corrêa<sup>15</sup>, a assistência psiquiátrica custodial encontra respaldo na legislação penal vigente e na organização do Estado. Ambas, pretendendo proteger as pessoas com transtorno mental autoras de delito, acabam propiciando situações de desrespeito aos direitos individuais previstos pela Constituição, seja pelo isolamento nos HCTP, seja pela não garantia das condições mínimas de vida.

A partir de uma nova concepção da doença mental e da situação em que vivem as pessoas internadas, argumenta-se sobre a pertinência, tanto para a pessoa com transtorno mental autora de delito quanto para a própria sociedade, não ser aquela considerada irresponsável. Propõe-se

que ela venha a ser julgada e, se condenada, receberá uma pena pelo ato praticado. Assim, configurando-se necessário o seu tratamento psiquiátrico, a pessoa autora de delito deve ter acesso ao mesmo, de acordo com as suas características e necessidades individuais.

## Política de saúde mental contemporânea

Ao longo do século XX, foram empreendidos esforços para alterar a realidade asilar mediante o desenvolvimento de outros modelos de atenção, capazes de promover um maior grau de interação e de democracia nas relações existentes entre os profissionais e os internos da instituição psiquiátrica. O advento do Movimento da Reforma Psiquiátrica marca um novo período, a partir do final da década de 1990, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório.

Diversos setores das áreas de saúde pública e dos direitos humanos convergiram esforços na tentativa de ruptura, construindo, como proposta alternativa, a estruturação de uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, correspondente ao modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo projeto integra os usuários às suas respectivas famílias e à comunidade<sup>16</sup>.

Esse processo de superação da centralidade do hospital psiquiátrico tem sido contemporâneo da dinâmica de descentralização das ações e dos serviços de saúde, inaugurada formalmente na *Constituição Federal* de 1988, artigos 1º e 204, juntamente com as *Leis Orgânicas de Saúde – Lei nº. 8.080/90* e *Lei nº. 8.142/90* – e as *Normas Operacionais* do Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação normativa do Estado Democrático de Direito refletiu, portanto, também na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles com transtorno mental.

A Política Nacional de Saúde Mental foi objeto de recentes reformulações: uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do país em relação à pessoa com transtorno mental ensejou, com a sanção presidencial, a *Lei nº. 10.216*, em 6 de abril de 2001<sup>17</sup>. Essa legislação especial dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, refletindo, assim, os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Essa Reforma visa, entre outros aspectos, a criar uma rede de serviços diversificados, regionalizados e hierarquizados que promova a efetiva contextualização e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Nessa perspectiva, a Reforma apresenta como princípios: a

centralidade da proteção dos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, a necessidade de construir redes de serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico e a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais<sup>18</sup>. Contemplando mudanças significativas no modelo de atenção psiquiátrico, o advento dessa nova política se identifica com o paradigma da co-responsabilidade da sociedade e do Estado, com evidente perspectiva de descentralização administrativa que já fora inaugurada em normas anteriores relativas ao segmento infante-juvenil, em 1990, à saúde, por meio das *Leis Orgânicas de Saúde* e da própria *Lei Orgânica da Assistência Social*.

As orientações dispostas no texto da *Lei nº. 10.216/2001* subvertem a lógica das instituições totais, inovando em diversos procedimentos e estabelecendo os direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa lei afirma o direito ao tratamento respeitoso e humanizado das pessoas com transtorno mental, preferencialmente em serviços substitutivos, estruturados segundo os princípios da territorialidade e da integralidade do cuidado. De acordo com essa legislação, a internação psiquiátrica configura-se como último recurso terapêutico a ser adotado, sendo a sua concretização condicionada à emissão de parecer médico com a devida explicitação de seus motivos. Embora a lei não mencione explicitamente a circunstância de internação na eventualidade de autoria de delito por pessoa com transtorno mental, trata da internação compulsória em geral, ou seja, quando for judicialmente determinada.

De acordo com a norma, independentemente das circunstâncias que precipitaram a internação psiquiátrica, esta deve se configurar como um recurso terapêutico compromissado com a reintegração social dos internos. Nesse compromisso situa-se a garantia do direito à saúde de toda pessoa com transtorno mental. No caso particular daquela autora de delito, propõe-se que a internação compulsória em HCTP mantenha-se coerente com os mesmos princípios éticos de garantia de direitos humanos, de forma que a penalização da pessoa não se sobreponha ao direito de uma atenção integral às suas necessidades de saúde. Ademais, a penalização legal da pessoa com transtorno mental autora de delito deve observar o princípio da definição temporal da pena, cujo final implica a reinserção do apenado ao convívio familiar e comunitário.

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental, de acordo com Costa<sup>5</sup> (p. 173), almeja “a cidadania e a recuperação das garantias e direitos fundamentais dos portadores de Transtornos Mentais”. O autor reconhece, ain-

da, que “*torna-se cada vez mais relevante a atuação dos organismos da sociedade responsáveis por essa proteção e garantias constitucionalmente asseguradas*”.

Nessa perspectiva, a experiência acumulada há cinco anos pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, por meio do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), aponta algumas possibilidades concretas de reorientação da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delito. O PAI-PJ promove o tratamento em saúde mental na rede pública de saúde, através do acompanhamento da aplicação das medidas de segurança ao agente infrator, oferecendo ao juiz subsídios para decisão nos incidentes de insanidade mental. Estruturado de forma multidisciplinar, esse programa, pioneiro no país, sugere a aplicação a cada caso de uma medida singular, tensionada pelos princípios normativos universais<sup>19,20</sup>. O PAI-PJ inaugura, assim, uma ruptura com o processo histórico e dogmático, instaurando, segundo Barros<sup>19</sup> (p. 3), “o conceito da inserção no cerne de sua ação, atuando em qualquer processo criminal onde um portador de sofrimento mental esteja na condição de réu”.

Uma das questões centrais trazidas por esse programa está no fato de possibilitar a convocação da pessoa com transtorno mental autora de delito a responder pelo seu ato: respondendo publicamente por sua ação através dos estabelecimentos das penas substitutivas e, ao mesmo tempo, tendo o acompanhamento de saúde necessário.

A experiência do PAI-PJ, diferenciando-se das práticas tradicionalmente exercidas em relação aos “*loucos infratores*”, revela que a responsabilidade pelo crime cometido restaura a dignidade perdida quando foi decretada a inimputabilidade. O seu diferencial é percebido na realização da mediação entre a clínica, o ato jurídico e o social.

Vislumbra-se, assim, a possibilidade de operacionalizar uma dinâmica que assimile tanto o princípio da Integralidade quanto o da Equidade, na perspectiva do SUS e dos Direitos Humanos. Essa lógica, centrada na singularidade do ser humano e na cidadania da pessoa, supera o modelo assistencial hegemônico, inspirado na presunção de periculosidade, que faz com que tais pessoas sejam segregadas no HCTP até que cesse o perigo que anunciam.

## Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica não tem contemplado a reorientação das práticas assistenciais desen-

volvidas no âmbito dos HCTP. A manutenção do modelo hegemônico de atenção psiquiátrica aos *loucos* infratores tem favorecido uma assistência custodial, impossibilitando mudanças que venham a integrar a pessoa à sua comunidade e, especialmente, o respeito aos direitos individuais previstos pela *Constituição* de 1988. Considera-se que os dispositivos do *Código Penal* que criaram a inimputabilidade e a medida de segurança estão ultrapassados e inadequados, necessitando de mudanças que passem a considerar todas as pessoas como efetivamente iguais perante a lei, sem a inimputabilidade ou irresponsabilidade e a medida de segurança.

Na administração do HCTP, o Estado incorpora a demanda punitivo-segregacionista produzida socialmente, voltando-se para os internos com uma estrutura alicerçada na violência, amparada pelo medo, controladora e reprodutora da desconfiança. Assim, o que se evidencia é a presença de 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. Mesmo o Programa Saúde da Família (PSF), implementado a partir de 1994, como proposta de reorientação da atenção básica, não tem propiciado, de forma sistemática, uma atenção à saúde mental nas comunidades assistidas. Evidencia-se, assim, a pertinência da discussão e da integração de ações entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, com participação, em todos os níveis, de representantes do Ministério Público, do Poder Judiciário, da sociedade civil,

dos profissionais de saúde, entre outros. Justifica-se, ademais, a inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde, visando a potencializar os contatos destes com as famílias, seja no âmbito da unidade de saúde ou nos espaços comunitários, para a identificação dos casos e para o desenvolvimento da cidadania por meio de uma abordagem dialógica<sup>21</sup>. Salienta-se, sobretudo, a importância de trazer para a instância de formação dos operadores jurídicos a perspectiva do direito à saúde<sup>22</sup>.

Embora o direito à saúde tenha sido assimilado de diferentes formas ao longo do século XX, entende-se que a política de saúde mental deve ser baseada em princípios mais equânimes, observando-se a promoção da saúde dentro do espectro de políticas econômicas e sociais. Assim, o tema do direito à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delitos corresponde a um direito social a ser perseguido<sup>22</sup>.

Cabe aos agentes do Estado a materialização da responsabilidade no cumprimento da função social a ele destinada. Nesse sentido, o Estado, em co-responsabilidade com a sociedade, deve promover a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

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. Nesse sentido, considera-se fundamental estender os benefícios dessa legislação aos internos e egressos de HCTP, de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados a essas pessoas, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos direitos humanos.

## Resumo

*O Movimento pela Reforma Psiquiátrica tem subsidiado propostas de reorientação do modelo assistencial hegemônico em saúde mental. Para a assistência às pessoas com transtorno mental autoras de delitos instituiu-se o manicômio judiciário, atualmente denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). A manutenção dessa estrutura, reconhecida como instituição total, tem reforçado a exclusão individual, limitando a reinserção social dos internos. Este artigo discute o direito à saúde nos HCTP na perspectiva dos direitos humanos. Os avanços conferidos pela Política Nacional de Saúde Mental não têm contemplado a reorientação da prática assistencial desenvolvido no âmbito do HCTP. Essa instituição tem preservado o seu caráter asilar/segregacionista, evidenciando uma tradição fundada na negação dos direitos humanos. O avanço normativo não consolida, de per si, a materialização das recentes conquistas advindas a partir da Reforma Psiquiátrica, particularmente quanto ao segmento das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. O Estado, em co-responsabilidade com a sociedade, deve promover a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde dessas pessoas, cuja responsabilidade penal deverá ser reconhecida ao tempo em que se propicie o tratamento especializado. O respeito aos direitos humanos não implica a inimputabilidade.*

*Hospitais Psiquiátricos; Direito à Saúde; Direitos Humanos; Saúde Mental*

## Colaboradores

L. C. Correia participou da revisão bibliográfica e redação do texto. I. M. S. O. Lima e V. S. Alves contribuíram com a revisão bibliográfica e redação do texto.

## Referências

1. Abdalla-Filho E, Engelhardt W. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25:245-8.
2. Benevides RB. Saúde mental: a importância de se assegurarem direitos. In: Rauter C, Passos E, Benevides R, organizadores. *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: TeCorá; 2002. p. 171-7.
3. Cohen C, Marcolino JAM. Noções históricas e filosóficas do conceito de saúde mental. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo: Edusp; 1996. p. 13-23.
4. Sá Junior LSM. Hospital e hospitalização em psiquiatria. *Divulg Saúde Debate* 1997; 18:77-86.
5. Costa ACF. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: Aranha MI, organizadores. *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 125-68.
6. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2003.
7. Brasil. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Instituiu a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União* 1984; 13 jul.
8. Carrara S. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ/São Paulo: Edusp; 1998.
9. Mirabete JF. *Código de processo penal interpretado*. 9ª Ed. São Paulo: Editora Atlas; 2002.
10. Moura LA. Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo: Edusp; 1996. p. 85-103.
11. Foucault M. *As verdades e as formas jurídicas*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

12. Moscatello R. Comparação entre diagnóstico psiquiátrico e delito cometido em 100 pacientes do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21:131.
13. Cohen C. Medida de segurança. In: Cohen C, Ferraz FC, Segre M, organizadores. *Saúde mental, crime e justiça*. São Paulo: Edusp; 1996. p. 77-83.
14. Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante PDC, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 171-95.
15. Corrêa JM. *O doente mental e o direito*. São Paulo: Iglu; 1999.
16. Farah MFS, Barboza HB, organizadores. *Novas experiências de gestão pública e cidadania*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2000.
17. Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001; 9 abr.
18. Ribeiro PRM. Da psiquiatria à saúde mental: II – as renovações em psiquiatria e a ascensão das áreas afins. *J Bras Psiquiatr* 1999; 48:143-9.
19. Barros FO. Um programa de atenção ao louco infrator. <http://www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc> (acessado em 18/Set/2006).
20. Barros FO. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 112-36.
21. Alves VS. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2004.
22. Lima IMSO. *Direito à Saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes – estudo de caso* [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2002.

---

Recebido em 02/Mai/2006

Versão final reapresentada em 17/Out/2006

Aprovado em 08/Jan/2007