



**Universidade Católica do Salvador**  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação  
Mestrado/Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea

**ROSANA CRISTINA SOUZA PASSOS FRAGOSO MODESTO  
CHAVES**

**O INFRATOR PENAL COM TRANSTORNOS MENTAIS E AS  
GARANTIAS DO DIREITO À SAÚDE**

**Salvador  
2015**

**ROSANA CRISTINA SOUZA PASSOS FRAGOSO MODESTO  
CHAVES**

**O INFRATOR PENAL COM TRANSTORNOS MENTAIS E AS  
GARANTIAS DO DIREITO À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientador: Professor Doutor José Euclimar Xavier de Menezes

Salvador  
2015

C512 Chaves, Rosana Cristina Souza Passos Fragoso Modesto.  
O infrator penal com transtornos mentais e as garantias do direito à  
saúde/ Rosana Cristina Souza Passos Fragoso Modesto Chaves.–  
Salvador, 2015.  
128 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação Mestrado em Família  
Na Sociedade Contemporânea.  
Orientação: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

1 Direito à Saúde 2. Transtornos Mentais - Infrator Penal 3. Medida de  
Segurança 4. Família I. Título

CDU 343.221-056.37

## TERMO DE APROVAÇÃO


**Rosana Cristina Souza Passos Fragoso Modesto Chaves**

**“O infrator penal com transtornos mentais e as garantias do direito à saúde.”**

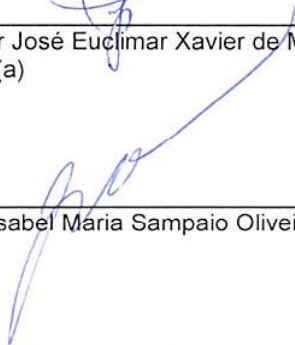
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 26 de janeiro de 2015.

Banca Examinadora:



\_\_\_\_\_  
Prof. Doutor José Euclimar Xavier de Menezes - UCSal.  
Orientador (a)



\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima – UCSal.



\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª Tânia Márcia Baraúna Teixeira - UCSal

Dedico este trabalho a todas as pessoas com distúrbios mentais que buscam viver de forma plena e com dignidade, bem como às suas famílias pela importância do papel que desenvolvem na vida das mesmas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus amados pais pelo exemplo de amor, família e integridade, e em especial à minha mãe pelo incentivo à minha busca constante pelo conhecimento.

Agradeço ao meu estimado marido Aldovandro, pelo carinho e a compreensão pelas horas de ausência em que dediquei à elaboração do presente trabalho.

Agradeço aos meus irmãos Alberto, Carlos, Graciela e Rose, por nossa união e amor.

Agradeço aos meus sobrinhos, Geovana, Gustavo, Maria Luiza e Raphael Jorge pela luz que irradiam.

Agradeço ao meu querido orientador Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, pela paciência e pelo carinho, cuja valorosa orientação foi fundamental para construção do presente trabalho.

Agradeço ao Desembargador Jefferson Alves de Assis, pelo exemplo de dedicação como primeiro Juiz titular da Vara das Execuções de Penas e Medidas Alternativas de Salvador e ao Juiz Antônio Cunha Cavalcanti pelo belo trabalho que atualmente desenvolve naquela Vara.

Agradeço aos servidores da Vara das Execuções de Penas e Medidas Alternativas de Salvador, Lia, José Marciano, Meire, Nalva e Rodrigo pelo carinho dispensado durante o período em que substituí naquela Vara.

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada.

(FOUCAULT, 2010-a. p 12).

Nada há definitivo no mundo; nem o infortúnio nem a prosperidade. O que a tua imaginação supõe estar perdido, acha-se apenas transviado ou oculto (...).

(MACHADO DE ASSIS, 1975. p 162).

A loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a constitui no apego que ele demonstra por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta.

(FOUCAULT, 2010a. P 24).

CHAVES, Rosana Cristina Souza Passos Fragoso Modesto. *O infrator penal com transtornos mentais e as garantias do direito à saúde*. 123 f. il. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2015.

## RESUMO

O trabalho que se segue propõe uma reflexão acerca dos direitos conferidos aos indivíduos com transtorno mental que praticam uma infração penal. A pesquisa foi realizada com viés transdisciplinar e procura investigar de que maneira a justiça prevê penalidades a essas pessoas e sua aplicabilidade. No Brasil, pessoas com doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado têm sido autoras de crimes consumados ou tentados. Em muitos casos, os crimes são praticados contra familiares ou pessoas mais próximas, sem motivo aparente. Sob um olhar mais apurado, percebe-se que a violência cometida se traduz em um apelo por ajuda ou um pedido de socorro. Quando os seus crimes são levados ao conhecimento da Justiça e é constatada a sua inimputabilidade, o sujeito que o cometeu é isento da pena, sendo-lhe aplicada a medida de segurança, que consiste em internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) para tratamento. Desse modo, busca-se entender o fenômeno da loucura sob a perspectiva da reforma psiquiátrica, o que exige um levantamento acerca da legislação atinente ao tema, considerando aspectos jurídicos, políticos, sociais e culturais da questão, sem os quais não se pode compreender as mudanças de comportamento e de olhar que se estabeleceram ao longo dos anos. O presente trabalho tem por objetivo fazer uma análise do direito fundamental social à saúde e à convivência familiar, assegurados pelo Estado, às pessoas que sofrem de transtornos mentais e que, nessa condição, cometem delitos. Nesses casos, lhes é aplicada medida de segurança, seja de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) ou tratamento ambulatorial, casos em que o crime é punível com reclusão ou com detenção, respectivamente.

**Palavras-chave:** Direito à Saúde. Transtorno Mental. Medida de Segurança. Família.



CHAVES, Rosana Cristina Souza Passos Fragoso Modesto. The criminal offender with mental disorders and guarantees the right to health. 123 f. il. 2015. Dissertation (Master) - Graduate Program in Family in Contemporary Society, Catholic University of Salvador, Salvador, 2015.

### ABSTRACT

The work that follows proposes a reflection on the rights of individuals with mental disorders who practice a criminal offense. The survey was conducted with transdisciplinary bias and investigates how the Justice provides penalties for these people and their applicability. In Brazil, people with mental illness or incomplete or retarded mental development have been authors of completed or attempted crimes. In many cases, crimes are committed against family members or people close for no apparent reason. Under a closer look, one realizes that committed violence translates into a cry for help or a cry for help. When their crimes are brought to the attention of Justice and is found its unaccountability, the guy who committed it is exempt from punishment and shall be applied to security measures, consisting of admission to Hospital Custody and Psychiatric Treatment (CPTH) for treatment. Thus, we seek to understand the phenomenon of madness from the perspective of psychiatric reform, which requires a survey about the relevant legislation to the subject, considering legal, political, social and cultural issue, without which one can not understand the behavioral changes and look that settled over the years. This study aims to analyze the fundamental social right to health and family life, guaranteed by the state, people suffering from mental disorders and that, as such, commit crimes. In such cases, they are a security measure applied, is admission to the Hospital of Custody and Psychiatric Treatment (CPTH) or outpatient treatment, where the crime is punishable by imprisonment or detention, respectively.

**Keywords:** Right to Health. Mental Disorder. Security Measure. Family.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ART.** – Artigo

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CAPs** – Centros de Atenção Psicossociais

**CID** – Classificação Internacional de Doenças

**CF** – Constituição Federal

**CNJ** – Conselho Nacional de Justiça

**CP** – Código Penal

**CPP** – Código de Processo Penal

**DSM** – Diagnostic Statistical Manual

**HCTP** – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**LEP** – Lei de Execuções Penais

**MBRP** – Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica

**MG** – Minas Gerais

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PT** – Partido Trabalhista

**SÉC.** – Século

**VEPMA** – Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas

**UCSAL** – Universidade Católica do Salvador

**UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

**USP** – Universidade de São Paulo

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1- QUADRO RESUMIDO DA RETROSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATINENTE À SAÚDE MENTAL**

**ANEXO 2- RELAÇÃO LEGISLAÇÃO BÁSICA DE SAÚDE MENTAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**ANEXO 3- LEI 12.216/2001 "LEI ANTIMANICOMIAL"**

**ANEXO 4 - PACTO DE SAN JOSE DA COSTA RICA**

**ANEXO 5 - LISTA DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DA CID-10**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>OBJETIVOS</b> .....	14
<b>DELINEAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	14
<b>ESTRUTURA DO TRABALHO</b> .....	27
<b>1 A REFORMA PSQUIÁTRICA: DA RUPTURA DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO ÀS REDES ALTERNATIVAS DE CUIDADO PSICOLÓGICO</b> .....	29
1.1 RETROSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATINENTE À SAÚDE MENTAL.....	31
1.2 A REFORMA PSQUIÁTRICA E A LEI ANTIMANICOMIAL.....	47
<b>2 O DIREITO À SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES CUMPRIDORES DE MEDIDA DE SEGURANÇA</b> .....	58
2.1 CRIME E MEDIDA DE SEGURANÇA.....	60
2.2 FAMÍLIA E MEDIDA DE SEGURANÇA.....	92
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	95
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	98
<b>ANEXOS</b> .....	110

## **INTRODUÇÃO**

O trabalho que se segue é fruto de reflexões acerca das garantias do direito à saúde do infrator penal que possui algum tipo de transtorno mental. No contexto da reforma psiquiátrica, que garante a esses indivíduos um tratamento diferenciado, é possível perceber que houve um grande avanço no que diz respeito à implantação de outras formas de tratamento que não mais os hospitais psiquiátricos, que excluíam a pessoa com transtorno mental do convívio com a sociedade. Hoje, os atendimentos são realizados por Centros de Atenção Psicossociais, os CAPS's, que propõem a integração entre o doente, a família e profissionais de saúde através de um atendimento multidisciplinar.

O interesse pelo tema surgiu através de uma experiência profissional com a realidade da Vara de Execuções de Penas e Medidas Alternativas da Comarca de Salvador-BA, que dentre suas atribuições, executa medidas de segurança de internamento no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Salvador aplicadas pelos juízes de todas as varas criminais do Estado da Bahia, e das medidas de segurança de tratamento ambulatorial aplicadas pelos juízes das varas criminais da Comarca de Salvador e cumpridas junto à rede de saúde pública, preferencialmente em Centro de Atenção Psicossocial- CAPS.

Dado o impacto social do tema é que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) lançou no ano de 2010 o projeto do Mutirão de Medidas de Segurança a serem realizados nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de todo o país, projeto que faz parte de uma política nacional com a finalidade de mapear o número de HCTP's existentes no Brasil e a quantidade de pacientes internos em cada unidade. A Bahia foi o primeiro Estado do país a ser atendido pelo projeto, cujo objetivo é também incentivar e divulgar políticas públicas adequadas à reinserção social dos pacientes quando da desinternação.

A proposta deste trabalho, portanto, já no primeiro capítulo, é fazer uma retrospectiva da Legislação nacional de regulamentação da saúde mental desde o século XIX passando pela Reforma Psiquiátrica no Brasil até a presente data, expondo os principais documentos legais editados no período do movimento

reformista e as conquistas sociais que advieram desse novo panorama normativo. Durante a Reforma Psiquiátrica foi instituído um novo sistema legal de proteção e garantias dos direitos fundamentais à pessoa com transtorno mental, pautado não mais no modelo hospitalocêntrico, mas na descentralização do tratamento, através de redes alternativas e integrais de cuidado, valorizando, especialmente, a ação unificada dos profissionais de saúde e da família.

No Brasil, muitas pessoas com doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado têm sido autoras de crimes, e embora o dever do Estado em puni-las exista, em razão da sua condição mental, não lhes são impostas uma pena e sim aplicada uma medida de segurança de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou de tratamento ambulatorial.

O segundo capítulo do presente estudo tem como propósito identificar e analisar a legislação que regula a aplicação da medida de segurança visando enfrentar a discussão sobre a sua natureza de sanção penal ou de tratamento terapêutico. Busca-se, também, verificar se a aplicação da medida de segurança possui harmonia com os objetivos preconizados na Lei Antimanicomial, e discutir o papel da família do cumpridor de Medida de Segurança no seu processo de restabelecimento e reinserção.

Para tanto, adotou-se metodologia qualitativa, através de revisão de literatura, revisão legislativa e levantamento da produção acadêmico-científica *stricto sensu* sobre "família", "transtorno mental" e "direito", acessando-se o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período disponível para consulta, que vai de 2010 até 2014.

A pesquisa tem caráter interdisciplinar, a fim de enriquecer a discussão sobre o tema, em razão de haver produção em outras áreas do conhecimento científico, e a demonstração de que é incipiente a produção acadêmica na área jurídica. Assim, constata-se a importância da inclusão das famílias dos cumpridores de medida de segurança na busca para se alcançar os ditames da Lei Antimanicomial e os ideais preconizados pela Reforma Psiquiátrica.

Conclui-se o trabalho analisando os caminhos que ainda precisam ser percorridos para a efetivação dos direitos estabelecidos pela legislação garantidora dos direitos do doente mental.

## OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho é identificar e discutir as mudanças na legislação ocorridas com o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como analisar a legislação pátria que regula a aplicação e execução da Medida de Segurança, bem como sua harmonia com os preceitos estabelecidos na Lei Antimanicomial apresentando as principais conquistas em termos de humanização do tratamento psiquiátrico do doente mental infrator, apontando os aspectos fundamentais que ainda precisam ser efetivados na prática.

Como objetivos específicos, o estudo busca compreender o instituto da Medida de Segurança, no intuito de observar o percurso legislativo do Direito Penal brasileiro quanto à proteção da pessoa acometida de transtorno mental, e identificar qual o papel da família do cumpridor de Medida de Segurança no seu processo de reinserção social

Foram analisadas as diretrizes legais de proteção do doente mental, pautadas não mais no modelo hospitalocêntrico, mas na descentralização do tratamento, através de redes alternativas e integrais de cuidado, valorizando, especialmente, a ação unificada dos profissionais de saúde e da família.

## DELINEAMENTO METODOLÓGICO

As pesquisas realizadas para concretizar este trabalho foram conduzidas de maneira investigativa, através de uma abordagem qualitativa com o objetivo de levantar dados e apresentar uma revisão de literatura sobre o assunto e sobre a legislação relacionada.

A abordagem qualitativa se justifica por tratar-se, nas palavras de Minayo, Deslandes e Gomes (2009), de um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa consistem em revisão de literatura sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e revisão legislativa nacional a respeito das leis editadas durante o movimento reformista.

Por meio do levantamento teórico realizado foi possível o aprofundamento na temática, sobretudo a literatura jurídica, segundo doutrina nacional, discutindo-se sobre o estado da arte relativo à problemática do papel da família no processo de reinserção social da pessoa cumpridora de Medida de Segurança em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Por sua vez, a revisão de legislação permitiu observar a evolução do tratamento dado pelo legislador à matéria, a partir da análise dos principais diplomas legais. Optou-se por estruturar a análise da legislação em ordem cronológica de publicação, com a finalidade de demonstrar, passo a passo, a correspondência entre os textos de lei e as mudanças desempenhadas na realidade social.

O critério utilizado para triagem do conjunto de texto é o de pertinência ao debate proposto com o objetivo, ou seja, identificar e discutir as mudanças na legislação ocorridas com o advento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como analisar a legislação pátria que regula a aplicação e execução da Medida de Segurança, bem como sua harmonia com os preceitos estabelecidos na Lei Antimanicomial.

Foi realizado, ainda, um levantamento de teses e dissertações utilizando como fonte de pesquisa o banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), acervo que concentra a produção acadêmica de pós-graduação *stricto sensu* nos estabelecimentos nacionalmente reconhecidos.

O recorte foi feito considerando o período disponível no Banco de Teses, que vai de 2010 até hoje. No endereço eletrônico da CAPES que dá acesso à pesquisa, [www.bancodestes.capes.gov.br](http://www.bancodestes.capes.gov.br), foram inseridos simultaneamente as palavras "direito", "família" e "doença mental" a partir da busca avançada e considerando como seleção "todos os campos" para só depois fazer uma pesquisa mais específica, de filtro desses dados, a fim de trazer para este trabalho apenas aqueles que fossem pertinentes ao tema proposto.

Embora este seja um procedimento padrão simples, foi possível constituir um repertório de informações satisfatório para dar andamento às pesquisas sobre o assunto.

A revisão literária consiste em ação interdisciplinar, integrando levantamento de artigos científicos, livros, dissertações de mestrado e teses de doutorado de



diversas áreas como Psicologia, Enfermagem, Ciências Sociais e, especialmente, do Direito, ainda que estes sejam mais escassos.

Além de fontes já citadas, foi consultada a base de dados Scielo e as Bibliotecas Eletrônicas da Unicamp e da USP, por se tratar de meios com credibilidade no espaço acadêmico. Nesses bancos de pesquisas, foram inseridas de forma simultânea as palavras-chave "reforma psiquiátrica" + "família", "transtorno mental" + "família", "doente mental" + "legislação", dentre outras combinações de palavras.

A revisão de legislação foi realizada a partir da busca de documentos legais no ordenamento jurídico pátrio que tratavam da proteção do doente mental, sobretudo as Constituições Federais, Decretos e Legislação Ordinária. Adotou-se como parâmetro de pesquisa a identificação e comparação da legislação à época dos primeiros movimentos que deram ensejo à Reforma Psiquiátrica no Brasil, passando pela Lei Antimanicomial (Lei 10.216/2001), responsável por mudanças substanciais no cenário brasileiro de proteção ao doente mental, até a presente data.

O conhecimento científico difere do conhecimento popular pela forma, pelo modo ou o método e os instrumentos do "conhecer" (MARCONI E LAKATOS, 2010). Para os autores, as ciências possuem: objetivo ou finalidade, que é a preocupação de realizar a distinção entre a característica comum ou as leis gerais que regem determinados eventos; função, visa o aperfeiçoamento por meio do "crescente acervo de conhecimentos, da relação do homem com seu mundo"; e objeto, subdividido em material ("aquilo que se pretende estudar, analisar, interpretar ou verificar, de modo geral") e formal ("o enfoque especial, em face das diversas ciências que possuem o mesmo objeto material"). (Idem. p 62-63).

O Direito ao lado da Antropologia Cultural, Economia, Política, Psicologia Social e a Sociologia encontram-se inseridos nas ciências sociais. Segundo Minayo, o objeto de estudo das ciências sociais possui consciência histórica e é essencialmente qualitativo, a existência de uma identidade entre o sujeito e objeto, ser intrínseca e extrínsecamente ideológica (1994).

Sobre trabalho científico assevera Antônio Joaquim Severino que:

[...] qualquer que seja a forma do trabalho científico, é preciso lembrar que todo o trabalho desta natureza tem por objetivo intrínseco a demonstração, o desenvolvimento de um raciocínio lógico. Ele assume sempre uma forma dissertativa, ou seja, busca demonstrar, mediante argumentos, uma tese, que é uma solução proposta para um problema. Fatos levantados, dados descobertos por procedimentos de pesquisa e idéias avançadas, se articulam justamente enquanto portadores de razões comprovadoras daquilo que se quer demonstrar. E é assim que a ciência se constrói e se desenvolve. (SEVERINO, 1996, p. 117).

Segundo Eco (1996), um estudo, para ser considerado científico, precisa responder a determinados requisitos como: debruçar-se sobre um objeto reconhecível e definido de tal maneira que seja reconhecível igualmente pelos outros; dizer do objeto algo que ainda não foi dito; deve ser útil aos demais estudos; deve fornecer elementos para a verificação e a contestação das hipóteses apresentadas e para uma continuidade pública.

Sabe-se que toda ciência se utiliza de técnicas de pesquisa para obtenção de seus propósitos. No presente trabalho foi utilizada a técnica de pesquisa de documentação relacionada ao assunto, tanto através de fontes primárias quanto fontes secundárias, seja em termos de legislação ou, ainda, no levantamento de trabalhos científicos sobre o tema através de uma pesquisa realizada por combinação de palavras-chave. Após essa primeira etapa, ainda foram realizados filtros de pesquisa a fim de selecionar os trabalhos que fossem mais relevantes para a pesquisa sobre o tema.

Na lição de Marconi e Lakatos (2010, p. 157) a "característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois". Asseveram, os autores, que a pesquisa bibliográfica ou de fontes secundárias.

[...] abrange toda a bibliografia já tomada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação oral: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar

o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, quer publicadas, quer gravadas. (MARCONI E LAKATOS, 2010, p. 166).

Quanto à escolha do método qualitativo, ela é pertinente, para Minayo (2010, p. 57), porque permite “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares”. Propicia, ainda, “a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.”. Sobre o método qualitativo Marconi e Lakatos afirmam que:

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc. (MARCONI E LAKATOS, 2004, p. 268).

Foram utilizados os seguintes bancos de dados: bvs, bvsaud, bvsms.saude , bvsms, Capes, Camara, pepsic, ppgcs.ufba, cnj, mj, mpas, maringa.pr, mp go, mp.pe, Planalto, psicologia.pt, saude, Scielo, Senado, ufmg, saúde.mg, sbponline, stj, vigilanciasanitaria.

A relevância da discussão sobre o tema se mostra pertinente em razão de que no levantamento realizado no banco de dados da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior –, acervo que concentra a produção acadêmica de pós-graduação *stricto sensu* nos estabelecimentos nacionalmente reconhecidos, verificou-se uma tímida produção de trabalhos sobre os temas “transtorno mental”, “família” e “Direito”, considerando a importância de um debate mais contundente sobre o tema.

Foram levantados todos os trabalhos de Mestrado e Doutorado no período compreendido entre 2010 a 2014, período disponibilizado pelo referido banco de dados, observando-se os três descritores apontados acima, e constatado que o Direito não privilegia estudos sobre a família do transtorno mental no processo de tratamento e reinserção da pessoa cumpridora de medida de segurança no ambiente familiar

Tomando como ponto de partida essas informações, podemos chegar a alguns dados mais específicos a fim de apresentar um acompanhamento da

produção acadêmica, o interesse e a abordagem a respeito do tema ao longo do tempo, sendo possível se observar que muito pouco se tem produzido sobre "família", "transtorno mental" e "direito" durante o período em análise.

No ano de 2010 não foi encontrado nenhum trabalho com a combinação de entrada citada. Do ano de 2011 até 2014, no entanto, depois de ter filtrado mais uma vez a pesquisa, nos concentramos na área de conhecimento direito, psicologia, psiquiatria (nos trabalhos ligados aos transtornos mentais), e enfermagem. Foram identificados os seguintes trabalhos relacionados ao tema desta dissertação:

Na área de direito, apenas, constam os trabalhos de:

Camila Barreto Pinto Silva. Intitulado **Os Transtornos mentais sob a ótica dos tribunais** (01/06/2011). Doutorado em Direito. Instituição de Ensino: PUC -SP.

**Palavras-chave:** Lei nº 10.216/2001. Dignidade da pessoa humana. Medida.

Larissa Francesquini Terceiro. **Mulheres Inimputáveis que matam seus filhos: uma análise interdisciplinar.** (01/03/2012). Mestrado em Ciências Criminais. Instituição de Ensino: PUC-RS

**Palavras-chave:** Infanticídio. Medida de Segurança. Doença mental. Gravidez.

Quando a busca é realizada considerando a área específica de direito público, estão disponíveis os seguintes trabalhos

Renata Portella Dornelles. **O círculo Alienista: reflexões sobre o controle penal da loucura.** (01/04/2012) Mestrado em Direito. Instituição de Ensino: Universidade de Brasília UNB.

**Palavras-chave:** Controle Penal da Loucura. Medida de Segurança.

Herika Janaynna Bezerra de Menezes Macambira. **Os direitos da pessoa como fundamento da reforma psiquiátrica no Brasil e a responsabilidade civil do gestor do SUS pelo controle das internações involuntárias** (01/02/2012).

Mestrado em Direito Constitucional. Instituição de Ensino: Universidade de Fortaleza.

**Palavras-chave:** Reforma-psiquiátrica. Responsabilidade civil. Estado.

Na área de psicologia, foram identificados os seguintes trabalhos:

Carina Furlaneto Frazatto. **O hospital psiquiátrico e o voltar para casa: interstícios deste caminho.** (01/03/2011). Mestrado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade Estadual de Maringá.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Morador de hospital psiquiátrico.

Teresinha Cid Constantinidis. **Familiares de Pessoas com Sofrimento Psíquico e Profissionais de Saúde Mental: encontros e desencontros.** (01/08/2011). Doutorado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Espírito Santo.

**Palavras-chave:** Familiares e Profissionais de Saúde Mental. CAPS.

Deborah Maria Amed Ali de Moura. **Homens jovens e a internação psiquiátrica: relações de cuidado e família.** (01/08/2011). Mestrado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Cuidadores. Homens jovens.

Farley Janusio Rebouças Valentim. **Havla um CAPS no meio do caminho: adoecimento mental, narrativa e produção de sentido.** (01/06/2011). Mestrado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Ceará.

**Palavras-chave:** Adoecimento mental. Narrativa. Produção de Sentido.

Irma Neves Tallmann Saar. **Manifestações psicossomáticas em sujeitos com transtorno mental psicótico.** (01/03/2012). Mestrado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade Federal de Juiz de Fora.

**Palavras-chave:** Manifestações psicossomáticas. Psicose. Medo. Estresse.

Débora Augusto Franco. **Saúde e Educação: capilarizações tutelares nos (des) caminhos das famílias contemporâneas.** (01/08/2011). Mestrado em Psicologia. Instituição de Ensino: Universidade Federal Fluminense.

**Palavras-chave:** Família desestruturada. Especialismos. Tutela Estatal. Saúde.

Já na área de enfermagem, os seguintes trabalhos foram localizados:

Tatiana Brusamarello. **Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária.** (01/03/2011). Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Paraná.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde Mental. Educação em Saúde.

Jacqueline Botura Bessa. **Cuidado de enfermagem sistematizado à família de pessoa com transtorno mental no paradigma de desinstitucionalização.** (01/12/2011). Mestrado em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.

**Palavras-chave:** Enfermagem familiar. Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica.

Tatiane Gomes Guedes. **Matriciamento da atenção em planejamento familiar de mulheres portadoras de transtorno mental.** (01/02/2011). Doutorado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Ceará.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Atenção primária à saúde. Planejamento familiar

Andrea Noeremberg Guimarães. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial.** (01/03/2011). Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Paraná.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde Mental. Assistência em Saúde Mental. Transtorno mental.

Emanuele Seicenti de Brito. **O direito humano à saúde mental: compreensão dos profissionais da área.** (01/10/2011). Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. Saúde Mental. Direitos do paciente.

Angelina Moda Machado. **Atitudes de familiares de portadores de transtornos mentais frente aos transtornos mentais: a influência do grupo de autoajuda.** (01/08/2011). Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto.

**Palavras-chave:** Atitudes. Família. Grupos de autoajuda. Transtorno Mental

Valmir Richeta Correia. **O profissional da estratégia saúde da família na promoção da saúde mental.** (01/10/2011). Doutorado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Promoção da Saúde. Saúde da família.

Fernanda Franceschi de Freitas. **Significados atribuídos pelo familiar à alta hospitalar da pessoa com transtorno mental.** (01/12/2012). Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal de Santa Maria.

**Palavras-chave:** Família. Pessoas mentalmente doentes. Alta do paciente.

Emanuel Martins da Silva. **Cuidado ao adolescente com transtorno mental no contexto familiar.** (01/03/2012). Mestrado em Cuidados Clínicos em enfermagem e saúde. Instituição de Ensino: Universidade Estadual do Ceará.

**Palavras-chave:** Família. Adolescente Cuidado. Saúde Mental. Cultura.

Samia Valeria Ozorio Dutra. **Atenção à saúde mental na Estratégia saúde da família no município de Parnamirim/RN: opinião dos profissionais, dos portadores de transtornos mentais e seus acompanhantes.** (01/02/2012). Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Saúde da família. Atenção primária à saúde.

Maria Cristina Fern Santoro. **A trajetória de cuidado ao portador de esquizofrenia: narrativas familiares.** (01/03/2012). Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia. Família. Serviço Social.

Yanna Cristina Moraes Santos Lira. **O adoecimento mental: reflexos sobre a a identidade da pessoa que sofre.** (01/12/2012). Mestrado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal de Alagoas.

**Palavras-chave:** Identidade própria. Serviços de Saúde Mental. Enfermagem.

Tatiana Maria Coelho Veloso. **Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de estratégia de saúde da família: possibilidades e limites.** (01/05/2012) Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Programa Saúde da Família Assist. Saúde.

Mariana Moraes Salles. **Vida Cotidiana de usuários de CAPS: A (in)visibilidade no território.** (01/07/2011). Doutorado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental Reforma dos Serviços de Saúde.

Livia Sanches Pedrillo. **Transtorno afetivo bipolar e terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de pacientes e familiares.** (01/01/2011). Mestrado em Enfermagem psiquiátrica. Instituição de Ensino: Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto.

**Palavras-chave:** Adesão medicação. Enf.Psiquiátrica. Família. Transt.Bipolar.

Maria Auxiliadora Pereira **A família do usuário do centro psicossocial e o cuidado da enfermeira psiquiatra: pequenas questões, grandes problemas.** (01/05/2012). Doutorado em Enfermagem. Instituição de Ensino: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Palavras-chave:** CAPS. Cuidados de enfermagem. Enfermagem psiquiátrica

É possível verificar que dentre os 27 trabalhos listados, 3 são da área de direito, 2 são de Direito Público, 6 trabalhos são de Psicologia, e 16 são de enfermagem, constituindo a maior parte dos trabalhos filtrados. Foram selecionados, contudo, alguns que merecem destaque não só pela associação ao tema através da



busca realizada no Banco de Teses da Capes, como também pelo diálogo com o estudo que está sendo apresentado.

Trata-se, por exemplo, da tese de doutorado de Ana Luisa Aranha e Silva intitulada *Enfermagem em Saúde Mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*, apresentado junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo em 2003 e disponível para consulta online.

Ali Silva discute a saúde mental no campo psicossocial e sua ação de maneira a oferecer ao leitor as *construções compartilhadas* do conhecimento a partir de duas dimensões da produção de produtos de saúde. Primeiro, no sentido de agentes de enfermagem de nível médio produzirem e oferecerem ação de saúde mental conjugada com o saber do agente de enfermagem de nível superior. A segunda preocupa-se com o cuidado em si de enfermagem em saúde mental.

A oficina de trabalho, tomada como método para a pesquisa, revela-se um instrumento muito útil para os profissionais de saúde e a forma como lidam com os pacientes com algum tipo de transtorno, frisando que o saber coletivo promove uma mudança objetiva da posição dos agentes de enfermagem nesse cenário. (SILVA, 2003).

Outro trabalho sobre o assunto que merece destaque e que se relaciona com as pesquisas voltadas para esse tema é um artigo publicado por Alessandra Monachesi Ribeiro em 2005 para o Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo, intitulado *Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos*.

Ribeiro faz uma reflexão acerca dos CAPS e serviços públicos de saúde mental, de maneira geral, tomando como ponto de observação a reforma psiquiátrica problematizando as questões da alta e da alienação na técnica, intensificadas, segundo a autora, pelo desenvolvimento da retomada dos aspectos éticos, técnicos e políticos que se aproximam da ética e técnica psicanalítica. Além disso, a autora fala sobre a expansão dos CAPS no âmbito nacional.

Na mesma esteira, Silvio Yasui, em tese de doutorado intitulada *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, orientado pelo Professor Paulo Amarante e defendida em 2006, toma a reforma como eixo de análise para

apresentar as quatro dimensões postuladas pelo orientador do seu trabalho que define e caracteriza um Processo Social Complexo, destacando as tensões e conflitos decorrentes das ações de diferentes atores sociais que provocam a relação entre Estado e Sociedade.

Yasui (2006) propõe-se a analisar os principais conceitos que norteiam a produção de cuidados dos Centros de Apoio Psicossociais (o CAPS). Para ele, a reforma psiquiátrica é vista como um processo civilizador, que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, produz uma ruptura com os modelos hegemônicos e busca inventar dispositivos diferentes de cuidado diversificando ações, tecendo uma rede com o território, inventando formas de sociabilidade, produzindo valor social, construindo uma ética, insistindo em sonhar com um outro mundo possível.

Da área de direito, especificamente direito público, dá-se relevo ao trabalho de Renata Portella Dornelles, que chama atenção para as experiências que formulam e constituem o controle penal da loucura na sociedade brasileira. O ponto alto da sua dissertação concentra-se na demonstração da subjetividade dos portadores de deficiência mental que, segundo a autora, não é suficientemente considerada pelas instâncias de controle penal.

O referido trabalho dá ênfase à Lei de Reforma Psiquiátrica, que resgata e assegura os direitos e a cidadania do paciente mental, proibindo internação com características asilares.

No entanto, infelizmente ainda não se chegou a um consenso sobre o alcance dessa Lei no campo penal. (DORNELLES, 2012).

A incipiente produção identificada no levantamento da produção acadêmica *stricto sensu* nacional relativa aos descritivos “família”, “transtorno mental” e “Direito” demonstra a importância do presente estudo por se tratar de temática pouco discutida pela comunidade jurídica, convidando outros profissionais da área a, cada vez mais, se preocuparem com o tema, contribuindo para a complementação de estudos no mesmo sentido.

Sobre o diálogo com outras áreas do conhecimento, esta é pertinente diante da complexidade das relações que envolvem a família e o doente mental criminoso, sejam legais, sociais ou de saúde, sendo necessário se pensar em práticas

interativas e interdisciplinares de estudo do fenômeno social, criando-se um espaço privilegiado para reconstruir teorias, inovar conhecimentos e trabalhar no sentido de integrar esforços para o fortalecimento da unidade familiar como espaço de proteção da saúde mental desses pacientes.

Para Costa (2001), a superespecialização das Ciências está em fase de esgotamento, sendo necessário “[...] a superação do modelo multidisciplinar em direção a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade.” O mesmo autor complementa seu pensamento explicando que o estudo da Saúde Mental em Direito é mais que simplesmente repassar preocupações, informações e conhecimentos existentes na interface entre campos de conhecimento, mas pretende, também, promover reflexões que incitem “a mudança do olhar sobre o louco e dessa maneira fortalecer a atitude dos agentes de transformação social oriundos do campo jurídico que o frequentarem. (Idem).

Por sua vez, Paiva (e outros) expõem que “[...] enquanto a complexidade e as mudanças se tomam características peculiares de nossa sociedade, a flexibilidade transforma-se em dimensão essencial.” (PAIVA e outros, 2001, p. 357).

No caso da efetivação da Lei Antimanicomial, é indispensável que haja a colaboração de todos os profissionais envolvidos na luta pelos direitos humanos das pessoas com doença mental, pois, a lei em si não garante que seus comandos se efetivem na prática, sendo necessária a sua regulamentação, destinação orçamentária, promoção de políticas públicas, dentre outros fatores, que tornem real a vontade do legislador.

O estudo na área de Direito não pode se limitar à observação e interpretação da lei, mas entender a dinâmica envolvida na sua aplicabilidade por meio da ação conjunta de uma rede de atores sociais responsáveis por sua efetivação. Objetiva a prática interdisciplinar alcançar um conhecimento amplo e dinâmico da realidade e, assim, visualizar possibilidades de superação das limitações que caracterizam a especialização.

Pensar no diálogo entre as diferentes áreas para o alcance da proteção ao direito à saúde mental do sujeito cumpridor de Medida de Segurança é mais do que a simples atuação de profissionais multidisciplinares, é, na verdade, a troca e a

discussão conjunta das demandas reais dessa parcela da sociedade, buscando soluções inteligentes através de uma proposta de natureza interlocutória.

Para a realização do presente trabalho, a interlocução com outras áreas do conhecimento, principalmente com a Psicologia, Enfermagem e a grande área da Saúde Mental, foi fundamental para que seu desenvolvimento fosse possível, uma vez que muito pouco se tem escrito sobre o assunto em Direito, e, ainda assim, nada específico ao tema em análise. Foi preciso, para tanto, se apoiar nas publicações científicas das referidas áreas para construir um arcabouço teórico consistente à discussão.

## ESTRUTURA DO TRABALHO

Com a edição da Lei Antimanicomial (Lei 10.216/2001), foram estabelecidas novas formas de tratamento da pessoa com transtorno mental, que modificaram e continuam modificando o *modus operandi* dos serviços de saúde psiquiátrica no Brasil.

O presente estudo tem por objetivo discutir a aplicação da medida de segurança à pessoa com transtorno mental frente aos direitos fundamentais do homem e das proteções e garantias advindas da Reforma Psiquiátrica. Tem como escopo, também, analisar a importância da participação da família do interno no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico durante o cumprimento da medida de segurança e de seu processo de reinserção no ambiente familiar.

Durante a realização do presente estudo, optou-se por estruturá-lo em dois capítulos, onde foram discutidos temas originalmente entrelaçados e complementares.

No primeiro capítulo, intitulado "A Reforma Psiquiátrica: da ruptura do modelo hospitalocêntrico às redes alternativas de cuidado psicológico", se buscou analisar a legislação nacional produzida desde o Império até a presente data, expondo os principais documentos legais editados no período da Reforma Psiquiátrica e as conquistas sociais que advieram desse novo panorama normativo, com a substituição do modelo asilar pelas redes alternativas de cuidado psicológico.

O segundo capítulo, intitulado "O direito à saúde mental e a participação familiar no tratamento de pacientes cumpridores de medida de segurança" trata não mais do doente mental em geral, mas especificamente daquele que comete crimes. Objetiva identificar e analisar a legislação penal que regula o procedimento judicial da Medida de Segurança e sua harmonia com os preceitos estabelecidos na Lei Antimanicomial, bem como discutir o papel da família do cumpridor de Medida de Segurança no seu processo de reinserção familiar.

## **1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA RUPTURA DO MODELO HOSPITALOCÊNTRICO ÀS REDES ALTERNATIVAS DE CUIDADO PSICOLÓGICO**

As críticas ao modelo asilar dos grandes hospitais públicos motivaram a necessidade de apurar as distorções na assistência psiquiátrica, rever a legislação concernente aos direitos civis e penais do doente mental, colocando em pauta a construção de um novo modelo assistencial que privilegie a desinstitucionalização, o resgate da cidadania do doente mental e promoção da reinserção social, dando início ao Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP). (RANDEMARK e BARROS, 2007).

De acordo com o que propõe Aguiar:

[...] as instituições de caráter asilar não cumprem o papel terapêutico, estando mais a serviço da sociedade ao exilar os seus loucos, do que a serviço dos mesmos que, rotulados, são destituídos de seus direitos de cidadãos, deixando de ser sujeitos e tomando-se objetos de poder. (AGUIAR, 2011, p. 15).

O desafio de construir uma política pública e coletiva em saúde mental perpassa obrigatoriamente a premissa de que o processo da Reforma Psiquiátrica somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar, fóruns de negociação e deliberações do SUS. (BRASIL, MS, 2005).

Entender o fenômeno da loucura no âmbito da reforma psiquiátrica exige um aprofundamento em aspectos jurídicos, políticos, sociais e culturais da questão, sem os quais não se pode compreender as mudanças de comportamento e de olhar que se estabeleceram ao longo dos anos.

É nos anos 90, no entanto, que as experiências de usuários e seus familiares passam a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica na discussão de equipamentos de saúde, nos relatos de suas vivências, ultrapassando o campo meramente técnico da questão e se apoderando enquanto atores e protagonistas da Reforma e da construção de uma rede substitutiva de serviços. (BRASIL, MS, 2005).

Analisando o panorama da Europa sobre a institucionalização da loucura a partir do século XVII sobre o surgimento da psiquiatria e o manicômio afirma Manuel Desviat:

A psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promiscuo dos hospitais ou albergues para pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, exercendo uma série de funções não exclusivamente médicas. (DESVIAT, 1999, p. 19).

Na apresentação do livro em que relata um caso de parricídio, na França do século XIX, praticado por Pierre Rivière contra sua mãe, uma irmã e um irmão, Foucault esclarece que em razão do interesse em estudar a história das relações da psiquiatria e justiça penal se deparou com o caso Rivière. Fica demonstrado nesse caso, como aponta Foucault:

De um modo mais preciso, pareceu-nos que a publicação exaustiva desse dossiê poderia dar um exemplo do material que existe atualmente nos arquivos e que se oferece a possíveis análises.

a) Visto que a lei de sua existência e sua coerência não é nem a de uma obra, nem a de um texto, seu estudo deve permitir manter afastados os velhos métodos acadêmicos da análise textual e de todas as noções que derivam do prestígio monótono e escolar da escrita.

b) Documentos como estes do caso Rivière devem permitir analisar a formação e o jogo de um saber (como o da medicina, da psiquiatria, da psicopatologia) em suas relações com instituições e os papéis que são prescritos (como a instituição judiciária com o perito, o acusado, o louco-criminoso etc.).

c) Permitem decifrar as relações de poder, de dominação e de luta dentro dos quais os discursos se estabelecem e funcionam; permitem pois uma análise do discurso (e até os discursos científicos) que seja ao mesmo tempo política e relacionada com o acontecimento, logo estratégica.

d) Pode-se enfim captar aí o poder de perturbação próprio de um discurso como o de Rivière e o conjunto de táticas pelas quais se tenta recobri-lo, inseri-lo e classificá-lo como discurso de um louco ou de um criminoso. (FOUCAULT, 1977, p. XIII).

Michel Foucault, na aula de 15 de janeiro de 1975 proferida no curso do Collège de France, assevera que.

É necessário optar, porque a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura. Princípio da portabilidade: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar lugar da instituição judiciária. A justiça não pode ter competência sobre o louco, ou melhor, a loucura [*rectius*, justiça] tem de se declarar incompetente quanto ao louco, a partir do momento em que o reconhecer como louco: princípio da soltura, no sentido jurídico do termo. (FOUCAULT, 2010, p. 27).

Na definição de Isaias Pessotti o século XIX pode ser considerado o "século dos manicômios". Esclarece, portanto, que:

O século XIX bem merece o título de "século dos manicômios". Em nenhum outro século o número de hospitais destinados a alienados foi tão grande; em nenhum outro a terapêutica da loucura tão vinculada à internação; em nenhum outro século o número de internações atingiu proporções tão grandes das populações. Mais ainda, em nenhum outro século a variedade de diagnósticos de loucura, para justificar a internação, foi tão ampla. (PESSOTTI, 2012, p. 7).

Dito isto, passaremos ao percurso retrospectivo da Legislação Brasileira no desenvolvimento da saúde mental no Brasil através dos principais atos normativos da Legislação produzida desde o final do século XIX até o século XXI.

## 1.1 RETROSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATINENTE À SAÚDE MENTAL

Passemos à retrospectiva das primeiras normas de regulamentação da saúde mental no Brasil passando pela Lei Antimanicomial até os dias atuais. As Leis, Decretos e Portarias aqui citados foram selecionados por manterem relação com o tema desta dissertação e relevantes porque se referem a aspectos ligados às questões de saúde mental em nosso país<sup>1</sup>. Foram, ainda, relacionados de maneira cronológica, com o fito de obter um cenário geral sobre o avanço da legislação e sua contribuição para o processo evolutivo na área médica e jurídica no que diz respeito a indivíduos com transtorno mental.

<sup>1</sup> Para este tópico, as consultas foram realizadas através dos seguintes sites [www.aadom.org.br/materiais-de-apoio/legislacao-em-saude-mental/](http://www.aadom.org.br/materiais-de-apoio/legislacao-em-saude-mental/), [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mental.php/](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mental.php/), [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt1002\\_29\\_12\\_2011.html](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt1002_29_12_2011.html)



Do século XIX, que Isaias Pessotti (2012) chamou de “o século dos manicômios”, destacam-se:

O Decreto nº 82, de 18 de Julho de 1841, quando o Hospício de Pedro Segundo foi fundado, destinado privativamente para tratamento de Alienados, ficando anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Côrte.

O Decreto Nº 1.077, de 4 de Dezembro de 1852, aprovou e mandou executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo, com a finalidade privativa para o asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos, senão vejamos o Art.1º e 5º na sua redação original

Art. 1º O Hospício de Pedro Segundo, fundado por Decreto de 18 de Julho de 1841, debaixo da Augusta Protecção de Sua Magestade o Imperador, he destinado privativamente para asylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Imperio, sem distincção de condição, naturalidade e religião.

[...]

#### CAPITULO III

##### *Da admissão e sahida dos alienados*

Art. 5º Serão admittidos gratuitamente no Hospício de Pedro Segundo:

1º As pessoas indigentes:

2º Os escravos de senhores que não possurem mais de hum, sem meios de pagar a despeza do seu tratamento e curativo:

3º Os marinheiros de navios mercantes, apresentando, no acto da entrada, escripto, reconhecido por Tabellião, do proprietario, consignatario, capitão ou mestre da embarcação a que pertencerem, ou do Consul respectivo. (BRASIL, 1852).

O Hospício de Pedro Segundo foi desanexado do Hospital da Santa Casa da Misericórdia e recebeu a denominação de Hospício Nacional de Alienados, através do Decreto nº 142-A, de 11 de Janeiro de 1890, com a seguinte justificativa:

Considerando que se torna necessario reformar, sob um plano integro e coherente, a assistencia medica e legal dos alienados, completando-a e dotando-a com um serviço agricola a este destinado;

Considerando que o antigo Hospicio de Pedro II dispõe de renda propria mais que sufficiente para custear suas despesas, com proveito do Estado. (BRASIL, 1890, Redação original).

As instruções para Hospício Nacional de Alienados foram aprovadas pelo Decreto nº 206-A, de 15 de Fevereiro de 1890. que organizou a assistência médica

e legal aos alienados, com o fim de socorrer "os enfermos alienados, nacionaes e estrangeiros, que carecerem do auxilio publico, bem assim os que mediante determinada contribuição derem entrada em seus hospícios." (Brasil, 1890. Redação original).

No artigo 13 do mesmo Decreto é prevista a admissão e saída dos alienados, definindo-se os mesmos como todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquilidade pública, ofenderem a moral e os bons costumes, e por atos atentarem contra a vida de outrem ou contra a própria.

Do século XX, podem ser citados:

O Decreto nº. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, que reorganizou a assistência aos alienados e previa em seu art.1º que o indivíduo que compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas, por moléstia mental, congênita ou adquirida, seria "recolhido a um estabelecimento de alienados" e também previa no seu Art.3º a possibilidade do tratamento domiciliar, senão vejamos:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.

[...]

Art. 3º O enfermo de alienação mental poderá ser tratado em domicilio, sempre que lhe forem subministrados os cuidados necessarios.

Parapho unico. Si, porém, a molestia mental exceder o periodo de dous mezes, a pessoa que tenha á sua guarda o enfermo communicará o facto á autoridade competente, com todas as occurrencias relativas á molestia e ao tratamento empregado (BRASIL, 1903, Redação original).

Com a edição do Decreto nº. 8.834, de 11 de Julho de 1911, foi autorizada a fundação pela União de colônias para ébrios habituais e epiléticos e a possibilidade

de fundação de estabelecimentos particulares para o tratamento de alienados mediante prévia autorização do Ministério do Interior.

**Art. 1º** A assistência publica a alienados na Capital Federal, dependente do Ministério da Justiça e Negocios Interiores, é destinada a soccorrer as pessoas que carecerem de tratamento em virtude de alienação mental.

**Art. 2º** Para esse fim a União manterá no Districto Federal: o Instituto de Neuropathologia, destinado á admissão dos enfermos suspeitos de alienação mental, o Hospital Nacional de Alienados e as Colonias de Alienados, para homens e para mulheres.

§ 1º Installadas as colonias, poderão os respectivos directores crear, na periphéria das mesmas, serviços de assistência hetero-familiar.

§ 2º Logo que seja possível fundará a União colonias para ebrios habituaes e epilepticos

[...]

**Art. 150.** Os estabelecimentos particulares para o tratamento de alienados só poderão ser fundados mediante prévia autorização do Ministério do Interior, preenchidas, na conformidade dos arts. 13, 14, 15 e 16 do decreto legislativo n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, as disposições constantes dos artigos 151, 152 e 153 deste regulamento. (BRASIL, 1911, Redação original).

Através do Decreto nº. 5.148-A, de 10 de Janeiro de 1927, foi reorganizada a Assistência a "Psychopathas no Districto Federal":

**Art. 1º** A pessoa que, em consequencia de doença mental, congenita ou adquirida, attentar contra a propria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou offender a moral publica, será recolhida a estabelecimento apropriado para tratamento.

§ 1º Só se tornará effectiva, entretanto, a reclusão, na parte fechada de estabelecimento dessa especie, publico ou particular, depois de provada a alienação mental do paciente ou a impossibilidade de conseguir que elle se submetta ao tratamento que a observação preliminar do caso aconselhar.

§ 2º Si a ordem publica exigir a admissão urgente de um psychopatha, alienado ou não, na parte fechada do estabelecimento publico ou particular apropriado a tratamento, provisoria será a admissão em taes secções, devendo o director do estabelecimento, dentro de vinte e quatro horas communicar, á commissão fiscalizadora de taes casas, todo o occorrido, instruindo o relatório com a observação que houver sido feita, na qual porá seu visto pelo menos um dos membros da mesma commissão.

**Art. 2º** O psychopatha, alienado ou não, poderá ser tratado em domicilio proprio ou de outrem, sempre que lhe forem administrados os cuidados que se fizerem mistér.

Paragrapho unico. Si, porém, a doença mental exceder de dous mezes e se tornar perigosa á ordem publica ou á vida do proprio

doente ou de outrem, a pessoa que tenha á sua guarda o enfermo communicará o facto á commissão inspectora, com todas as occurrencias relativas á doença e ao tratamento empregado.

**Art. 3º** Em qualquer occasião será permittido a qualquer pessoa, internada em estabelecimento publico ou particular, ou em domicilio, reclamar a quem de direito, por si ou por pessoa interessada, novo exame de sanidade mental, por medicos estranhos ao estabelecimento ou casa de fraude em que ella se ache. (BRASIL, 1927, Redação original).

O Decreto nº 17.805, de 23 de Maio de 1927, dispôs sobre a execução dos serviços da "Assistencia a Psychopathas no Districto Federal", e a finalidade dos estabelecimentos:

**Art. 1º** A assistencia publica a psychopathas na Capital Federal, dependente, directa e exclusivamente, do ministro da Justiça e Negocios Interiores, tem por fim:

1º Soccorrer as pessoas que apresentarem perturbações mentaes.

2º Estudar os problemas relativos á hygiene mental e á psychophysiology normal ou morbida, applicadas ás diversas actividades sociaes, no intuito de fixar os meios mais efficaes de organizar a prophylaxia das perturbações nervosas e mentaes. (BRASIL, 1927, Redação original).

A profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, e a fiscalização dos serviços psiquiátricos, foi prevista no Decreto nº 24.559, 3 de Julho de 1934.

O Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministro da Educação e Saúde foi criado pelo Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de Abril de 1941, com a seguinte competência.

**Art. 1º** Ao Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministro da Educação e Saúde, compete:

a) promover a realização de inquéntos, pesquisas e estudos sobre as condições da saude, sobre as questões de saneamento e hygiene, e bem assim sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento,

b) superintender a administração dos serviços federais nados á realização das atividades mencionadas na alínea anterior, e ainda das que tenham por objetivo promover, de qualquer maneira, medidas de conservação e melhoria da saude, assim como, especificamente, de prevenção ou tratamento das doenças;

c) estabelecer a coordenação das repartições estaduais e municipais e das instituições de iniciativa particular, que se destinem á realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assistí-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de

auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos;  
d) organizar cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários. (BRASIL, 1941).

O Decreto-Lei nº 8.550, de 3 de janeiro de 1946, autorizava o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos com os Estados, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi criado pelo Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, que reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões à época.

Em 19 de julho de 1973 foi aprovado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, que consagrava os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil, privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra hospitalares.

A Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

A Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, orientado, coordenado e controlado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável "pela proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados" e das entidades a ele vinculadas.

O Decreto nº 87.374, de 8 de julho de 1982, alterou o Regulamento de Benefícios da Previdência Social.

O Decreto nº 89.312, de 23 de janeiro de 1984, aprovou nova Consolidação das Leis da Previdência Social.

O Decreto nº 92.654, de 15 de maio de 1986, instituiu no Ministério da Previdência e Assistência Social grupo de trabalho para "realizar estudos e propor medidas para reestruturação das bases de financiamento da previdência social e para reformulação dos planos de benefícios previdenciários.

O Decreto nº 92.701, de 21 de maio de 1986, instituiu o Conselho Comunitário da Previdência Social, associação constituída por "contribuintes e

usuários dos serviços previdenciários ou por entidades sindicais, profissionais ou comunitárias com representatividade no meio social".

A Lei nº 7.853, de 24 de Outubro de 1989, dispôs sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social. sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, instituiu a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplinou a atuação do Ministério Público, define crimes.

A Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, extinguiu o Ministério da Previdência e Assistência Social e restabeleceu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social.

O Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990, criou o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, mediante a fusão do IAPAS com o INPS.

A Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Criou o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

A Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

A Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, aprovou a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

A Portaria MS/SAS Nº 224 de 29 de janeiro de 1992, dispôs sobre Diretrizes e normas de saúde mental. As diretrizes abaixo relacionadas:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização,
- regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;

- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. (PORTARIA MS/SAS Nº 224 de 29/01/1992).

As seguintes normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informações ambulatoriais do SUS):

#### 1 - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto

diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 - Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 - A atenção aos pacientes nestas unidade de saúde deverá incluir as seguintes atividades

desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

#### 1.4 - Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera),
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios ao órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados I

médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local. (PORTARIA MS/SAS Nº 224 de 29/01/1992).

#### Criou os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS /CAPS):

2.1- Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 - São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas, por dia, durante os sete dias da semana durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18.00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
- atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socio-terápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes que frequentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que frequentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições. (PORTARIA MS/SAS Nº 224 de 29/01/1992).

A Portaria nº 147 de 1994, deu a seguinte redação ao item 4.2 da Portaria nº 224/MS, de 29 de janeiro de 1992, senão vejamos:

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual medicamentos, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros;
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio-terápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade ao tratamento;



e) preparação ao paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações. (PORTARIA MS/SAS Nº 224 de 29/01/1992).

O Decreto nº 1.232, de 30 de Agosto de 1994, regulamentou o repasse fundo a fundo. Dispôs sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

A Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde foi através do Decreto nº 1.651, de 28 de Setembro de 1995.

Já no século XXI, a legislação pertinente é a seguinte:

A Portaria nº 106, de 11 de Fevereiro de 2000, que instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos.

A Lei nº 10.048, de 8 de Novembro de 2000 dispôs sobre a prioridade de atendimento às pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. É a chamada Lei Antimanicomial da qual falaremos mais detalhada em tópico próprio no decorrer deste capítulo.

Através da Portaria GM/MS nº 251, de 31 de Janeiro de 2002, foram estabelecidas diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, assim definiu e estruturou, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS.

A Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I (Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes,) e

CAPS III ( Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes).

A Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. A Norma ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A Portaria n.º 189 de 20 de Março de 2002, incluiu na tabela de procedimentos do SIH-SUS os procedimentos relativos ao acolhimento de pessoas no Centro de Atenção Psicossocial:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seu procedimento.

63.100.05.3 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

63.001.57.8 - Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

O Decreto de 28 de maio de 2003 da Presidência da República instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial, "considerando a necessidade da construção de um plano de atenção integral ao usuário de álcool, tomando como base os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, a desinstitucionalização, a ampliação da rede de cuidados e do acesso a ela, garantindo alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário".

A Lei n.º 10.708, de 31 de Julho de 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

A Portaria GM/MS n.º 52, de 20 de Janeiro de 2004, instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

Através da Portaria n.º 442, de 13 de Agosto de 2004, foi aprovado o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS.

A Portaria nº 396, de 07 de Julho de 2005, aprovou diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS.

Com a Portaria nº 1.097, de 22 de Maio de 2006, definiu-se o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde em um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Portaria nº 204/GM, de 29 de Janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família foram criados pela Portaria nº 154, de 14 de Janeiro de 2008.

A Portaria nº 3.176, de 24 de Dezembro de 2008 aprovou orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.

Através da Portaria nº 837, de 23 de Abril de 2009, a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, foi alterada e acrescentados dispositivos, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Instituiu a Portaria nº 1.190, de 4 de Junho de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e definiu suas diretrizes gerais, ações e metas.

A Portaria nº 2.198, de 17 de Setembro de 2009, dispôs sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados.

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e o seu Comitê Gestor, foram instituídos pelo Decreto nº 7.179, de 20 de Maio de 2010.

Mediante a Portaria Nº 2.841, de 20 de Setembro de 2010, foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III.

A Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria Nº 3.089, de 23 de Dezembro de 2011, dispôs, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Pela Portaria Nº 1.002, de 29 de Dezembro de 2011, foram habilitados os Centros de Atenção Psicossocial, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituída pela Portaria GM 3.088, de 23 de Janeiro de 2011, republicada em 30/12/2011.

Foram instituídos os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, através da Portaria nº 1.473, de 24 de Junho de 2011.

O Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A Portaria nº 2.026, de 24 de Agosto de 2011, aprovou as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

Por intermédio da Portaria nº 2.338, de 3 de Outubro de 2011, foram estabelecidas diretrizes e criados mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada através da Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, estabelecendo-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Portaria nº 2.648, de 7 de Novembro de 2011, redefiniu as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências

Foi instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Portaria nº 3.089, de 23 de Dezembro de 2011, dispôs no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS).

A Portaria nº 3.090, de 23 de Dezembro de 2011, estabeleceu que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs.

A Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, foi instituída pela Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012.

As diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua foram definidas pela Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2012.

Os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município foram definidos através da Portaria nº 123, de 25 de Janeiro de 2012.

A Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012, redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Através da Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012, foi instituído o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as

Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Foi instituído através da Portaria nº 132, de 26 de Janeiro de 2012, o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Definidas por intermédio da Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012, as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e instituiu incentivos financeiros de investimento e de custeio.

A Portaria nº 349, de 29 de Fevereiro de 2012, alterou e acresceu dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

O Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial foi instituído pela Portaria nº 1.306, de 27 de Junho de 2012.

A Portaria nº 1.615, de 26 de Julho de 2012, alterou a Portaria nº 148/GM/MS.

Pela Portaria nº 757, de 22 de Agosto de 2012, foram estabelecidos incentivos às Redes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

A Lei nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e alterou o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990

A Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012, redefiniu os parâmetros do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

À guisa de didatismo foi elaborado um quadro pela autora, constante dos anexos do presente trabalho (Anexo 1), no qual é feita uma retrospectiva da legislação brasileira atinente à saúde mental nos séculos XIX, XX e XXI.

O quadro demonstra, de forma resumida, a evolução ocorrida, paulatinamente, na Legislação relacionada à saúde e no que diz respeito ao tratamento oferecido aos indivíduos com transtorno mental.

Ressalte-se que também foi incluída na lista de anexos do presente trabalho (Anexo 2), relação da Legislação Básica de Saúde Mental, obtida no endereço eletrônico [www.saude.gov.br/mental](http://www.saude.gov.br/mental) do Ministério da Saúde, para fins comparativos com o quadro composto pela autora.

Ressalte-se, ainda, que na referida relação é descrita a legislação do século XXI.

De toda a legislação listada dos séculos XIX, XX e XXI, pode-se depreender que em muito o direito contribuiu para a manutenção do quadro evolutivo dos dispositivos legais utilizados para garantir às pessoas com transtorno mental a existência dos seus direitos. Esse levantamento demonstra que a medida em que a psicologia foi sendo estabelecida como ciência, que a psiquiatria foi avançando, dentro da área médica, em relação ao tratamento ofertado às pessoas com transtorno mental, que as áreas do conhecimento foram se relacionando, e, principalmente, que a sociedade foi se constituindo dentro de outros paradigmas, o direito foi acompanhando esse avanço, no sentido de atender a essa demanda: com o tempo, essas pessoas passaram a ser tratadas de forma mais humana e sua relação com a família e a sociedade foi sendo priorizada.

É claro que muito ainda precisa ser feito. Tanto no sentido de garantir que esses direitos sejam cumpridos como nas mudanças, as vezes necessárias, nos dispositivos legais já existentes, para que acompanhem a evolução do tratamento e do direito desses indivíduos. No entanto, é importante reconhecer que dos antigos manicômios, que recebiam pessoas com qualquer sorte de enfermidades e dores diversas, ou mesmo os excluídos socialmente, até o acolhimento multidisciplinar oferecidos pelos CAPS e as formas de tratamento terapêuticas oferecidas pelos profissionais da psicologia, muito já se avançou. Isso mostra que, quando a abordagem mais humanística é priorizada, e o indivíduo passa a dispor de seus

direitos e todas as garantias para lidar de maneira menos invasiva e mais apropriada com a sua doença.

## 1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI ANTIMANICOMIAL

Quanto à Reforma Psiquiátrica, Silvio Yasui (2010, p. 103-104) esclarece que:

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que transcende e supera as reformulações na organização dos serviços de saúde e as propostas de implementação de caráter exclusivamente técnicas. Supõe a renúncia da vocação terapêutica instituída por intermédio da superação do paradigma psiquiátrico, o que significa negar a instituição manicomial, romper com a racionalidade e o saber psiquiátrico sobre a doença mental, compreendido como um processo histórico e social de apropriação da loucura; questionar o poder do especialista (psiquiatria, psicólogo, enfermeiro etc.) em relação ao paciente e negar o seu mandato social de custódia e exclusão

No Brasil, a primeira Conferência Nacional de Saúde aconteceu no ano de 1937, cumprindo o que estava disposto no artigo 90 da Lei nº 378. Em 1990, com a Lei nº 8.142, ficou instituída a obrigatoriedade de sua realização com a periodicidade de 4 anos.

Convocadas pelo Poder executivo, ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional<sup>2</sup>.

Algumas destas Conferências, contudo, chamam a atenção pela importância no tocante às discussões acerca dos transtornos mentais. Destacam-se, como marcos da Reforma Psiquiátrica, a 6ª Conferência Nacional de Saúde realizada em agosto de 1977, e as Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas em 1987, 1992 e 2001. Na 6ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1977, foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental — Pisam —, do Ministério da Saúde.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 1987 teve como objetivo a consolidação das propostas do movimento da Reforma Sanitária no

<sup>2</sup> A história das Conferências Nacionais de Saúde pode de ser conferida no site do Conselho de Saúde do Governo. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>. Acesso em 08/12/2014



campo da Saúde Mental, visando o Sistema Único de Saúde, sem haver aprofundamento quanto aos anseios dos familiares e pacientes. (MORENO e ALENCASTRE, 2003).

O regimento da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, previa como objetivos:

Art. 1º – A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL terá por finalidade, através da discussão democrática entre os diversos setores da sociedade, definir diretrizes gerais para a "Reforma Psiquiátrica", no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, orientando a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil nos planos assistencial e jurídico-institucional. Terá por norte as Resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde e da Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. (bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\_mental.pdf).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi convocada logo após a promulgação da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, na qual a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política de governo, e os CAPS foram indicados instrumentos-chaves para a reforma psiquiátrica objetivadas para a saúde mental bem como no tratamento de uso de álcool e outras drogas.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciada pela Reforma Sanitária que ocorreu na Itália através da Lei nº 180 de 13 de maio de 1980 (Lei Basaglia). Sobre as Reformas Psiquiátrica e Sanitária esclarece Silvio Yasui (2010, p. 114): "Há uma intrínseca relação entre os processos da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica e de ambas, com respeito às mudanças sociais."

A Declaração de Caracas, resultado da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica para a América Latina, realizada na cidade de Caracas em novembro de 1990, foi o marco inicial para a reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, gerando "[...] um amplo movimento de atualização legislativa e de sensibilização para a necessidade de mudança, da urgência do reconhecimento e da salvaguarda dos direitos dos pacientes com distúrbios mentais [...]". Além disso, a Declaração proclamou:

[...] necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garanta o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais- a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, estabelecendo modalidades de atenção alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais. (DÉSVIAT, 1999, p. 135-136).

Para Paulo Amarante (2008, p. 67) a Reforma Psiquiátrica não era apenas uma reforma de serviços psiquiátricos ou de reforma da assistência psiquiátrica, cujo construção do conceito deveria partir do conceito de desinstitucionalização proposto por Franco Rotelli.

O início da Reforma Psiquiátrica no Brasil coincide com os movimentos de Reforma Sanitária, onde se instituíram mudanças nos modelos de gestão e práticas de saúde. Apesar de ambas serem contemporâneas, o processo de Reforma Psiquiátrica tem uma história própria, influenciada por um contexto internacional de superação da violência asilar.

Ao final da década de 70, a Reforma Psiquiátrica é fundada na crise do modelo assistencialista, centrado no hospital psiquiátrico e na luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A luta antimanicomial é mais do que a discussão de mudanças legislativas ou nas políticas governamentais e serviços em saúde mental, trata-se de um:

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diversas origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, MS, 2005, p. 6).

Desde o final dos anos 70 importantes mudanças foram implementadas no atendimento em saúde mental no Brasil, como a conquista de novos espaços em substituição ao aparato manicomial, alicerçando a "atenção em práticas que visam não só desmistificar a loucura, resgatando a complexidade do fenômeno, mas também denunciar concepções naturalistas que têm, historicamente, "justificado" o asilamento, a medicalização e a sua patologização." (DIMENSTEIN, 2004).

Para Silvio Yasui (2010, p. 105):

A crítica radical à psiquiatria tradicional, efetuada desde os anos 70, produziu uma mudança na concepção do objeto, focado na doença, com uma decorrente prática centrada quase exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social. Constituiu um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa perspectiva, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade.

Nota-se, a partir do excerto de Yasui, que a psiquiatria atravessou profundas mudanças no século XX e sua crítica não se dava apenas em relação a figura do médico, destacada pelo autor. As críticas foram, aos poucos, assumindo outras questões, como o uso de medicamentos, o diagnóstico mais preciso da doença, até mesmo a extinção de formas de tratamento ultrapassadas, que não priorizavam o indivíduo e a diminuição do seu sofrimento, mas atendiam a demandas diversas, a interesses governamentais, em que a prioridade não parecia ser tratar o doente, mas relacionar sintomas e investigar formas de combatê-los. Aos doentes mentais, restava aceitar uma vida de resignação e poucas opções para conviver com o seu transtorno.

O ano 1978 é conhecido como aquele em que, efetivamente, o movimento social pelos direitos dos doentes mentais tomou corpo, tendo como marco o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), “[...] movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas [...]”, responsável por denunciar casos de violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência. (BRASIL, MS, 2005, p. 7).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) encabeçou a crítica ao modelo hospitalocêntrico e às práticas psiquiátricas, influenciada, especialmente, pela experiência italiana de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico. (BRASIL, MS, 2005).

Deram-se os primeiros passos rumo à ruptura do paradigma da assistência baseado na internação em hospitais psiquiátricos através de um processo de intervenção, com a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPs) e redes de cuidado substitutivas aos hospitais psiquiátricos. (IDEM).

Defendendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) como principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, afirma Silvio Yasui (2010, p. 115):

Defendo aqui que o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não

se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura da trama, de um cuidado que não se faz em apenas em um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

O CAPS, de fato, parte de uma nova visão a respeito da doença mental e do tratamento que era oferecido aos pacientes, que eram vítimas, invariavelmente, de diagnósticos imprecisos ou desnecessários e tratamentos drásticos que, por vezes, agravavam o seu estado.

Ao contrário, o CAPS oferece formas alternativas e multidisciplinares de tratamento, além de modificar profundamente o relacionamento da sociedade e da própria responsabilidade do Estado em relação a esses indivíduos. Assim, a psiquiatria passa a ser entendida de maneira a ser associada com formas de tratamento terapêuticas, de maneira mais humana e desinstitucional. Desse modo, defende Dimenstein (2004, p. 113-114):

Nesse sentido, a idéia de humanização está relacionada diretamente com a desinstitucionalização na medida em que esta pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção e as relações entre profissionais, usuários e familiares. Dessa forma, humanizar não se restringe somente ao aumento de unidades prestadoras de serviço nem à melhoria das condições dos locais onde os usuários são atendidos, seja ambulatório, hospital-dia sejam os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

O CAPS, então, surge nesse contexto de aposta em uma humanização do tratamento oferecido aos doentes, associando formas outras de se lidar com a doença, que não a mera prescrição de medicamentos de confiabilidade duvidosa ou o encarceramento como forma de subtrair um problema da sociedade. Ou seja, além de avançar no sentido de propor novas relações entre os profissionais envolvidos no tratamento, na família em relação ao seu ente diagnosticado com transtorno, avança, também, na maneira como esse indivíduo passa a se relacionar consigo mesmo, avançando, inclusive, no que diz respeito aos seus direitos. Sobre isso, discorre Yasui (2010, p. 156-157):

O Caps, que é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência, produtora de cuidados, regidos

pela alegria, pela beleza e pelos bons encontros. Cuidado que se inicia com acolhimento, agenciado pela equipe, e que se tece em rede em uma apropriação no território e na produção de sentidos que potencializam e transformam a vida.

Esse movimento, além de contrapor-se ao modelo hegemônico da assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão do sujeito com transtorno mental, propõe, também, a desconstrução do saber-fazer dos manicômios e da prática assistencial, amparadas por uma rede de assistência com base territorial onde foram construídos novos serviços e modalidade de intervenção. (RANDEMARK e BARROS, 2007).

Vê-se que a Reforma perpassa tanto mudanças estruturais no tratamento psiquiátricos de pessoas com transtorno mentais quanto transformações nos valores culturais, sociais e éticos da sociedade brasileira. Para Silvio Yasui (2010, p. 103), no que se refere aos campos de transformação propostos pela Reforma Psiquiátrica:

Um dos campos de transformação propostos pela Reforma Psiquiátrica é o campo sociocultural. Trata-se aqui de operar transformações no imaginário social sobre a loucura, a doença mental etc. Quer dizer, propõe-se que todo conhecimento produzido por esse processo seja incorporado como um bem cultural, que faça parte do senso comum.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) propôs um importante Projeto de Lei, pautado na regularização dos direitos da pessoa com transtornos mentais e na extinção dos manicômios no Brasil, que fortaleceu ainda mais o movimento de luta antimanicomial em seu aspecto legal e normativo. (BRASIL, MS, 2005).

É a partir de 1992 que a Reforma Psiquiátrica ganha contornos mais definidos, com a aprovação em vários estados brasileiros de leis que visam substituir gradualmente os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Apesar dos avanços normativos, a aplicabilidade das referidas leis ainda se encontrava limitada, por falta de previsão de mecanismos sistemáticos para a redução de leitos e por cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde ainda serem destinado aos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, MS, 2005).

Somente em 2001, após doze anos de tramitação, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado é finalmente votado e convertido na Lei Federal nº 10.216,

após algumas alterações. Suas principais diretrizes são o tratamento da saúde mental em bases comunitárias, desprivilegiando a terapêutica hospitalar, e a promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, MS, 2005).

Os problemas de viabilidade dos programas alternativos de saúde mental são finalmente superados, com a criação pelo Ministério da Saúde de linhas específicas de financiamento de serviços abertos e substitutivos dos hospitais psiquiátricos, novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país e a expansão das redes de atenção diária à saúde mental. (BRASIL, MS, 2005).

Vale ressaltar o importante papel das Conferências Nacionais de Saúde Mental para o movimento antimanicomial, especialmente em sua 3ª edição, realizada em 2001, momento em que se:

[...] consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, MS, 2005, p. 9).

A visão sobre a psiquiatria vai sendo, aos poucos, alterada, sobretudo a partir da implementação da sua reforma. Outrossim, o movimento antimanicomial, bem como as Conferências Nacionais de Saúde, constituíram-se como eventos importantes na conquista de espaços na sociedade para receber a discussão, necessária e urgente, a respeito do tratamento dispensado aos doentes mentais. A reforma, portanto, passa a proporcionar, além de uma mudança de paradigma, uma quebra com os modelos institucionais vigentes

A esse respeito, propõe Silvio Yasui (2010, p. 105) que:

Construir uma conceituação 'forte' da Reforma Psiquiátrica é pensá-la como uma ação revolucionária desse tipo. Trata-se de uma radical ruptura do modelo asilar predominante, por meio não só de um questionamento de conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, da construção de novo paradigma científico, ético e político. É nessa ruptura que entendo o conceito de Reforma Psiquiátrica e não apenas no sentido de uma mudança de lócus e de técnicas de cuidado e gestão de serviços de saúde mental.

É preciso estarmos atentos ao constante risco que vivemos de promover uma reforma superficial ou pseudodesinstitucionalização, na medida em que mantemos os dispositivos de segregação internalizados, compondo uma subjetividade manicomial. Segundo Dimenstein (2004, p. 113), é preciso "conduzir a discussão sobre a reorientação da atenção em saúde mental ancorada nos eixos da qualidade e humanização da assistência."

Reconhecendo essa necessidade de transformação, afirma Yasui (2010, p. 103) que: "Contrariamente à afirmação de que "lugar de louco é no hospício", busca-se provocar e transformar a cultura para uma concepção mais inclusiva e acolhedora à diferença."

Em recente projeto intitulado "Resgate da Cidadania de Pessoas Internadas em Hospitais Psiquiátricos", realizado em Sorocaba/SP pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), se objetivou a regularização dos registros civis do doente psiquiátrico, que lhe assegure o direito aos benefícios sociais e previdenciários e, com isso, seja resgatado pela família. Vejamos:

O censo revelou que, dos 405 internos, 13 cumprem medidas de segurança. As fichas dessas pessoas serão encaminhadas para o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas (DMF) do CNJ para que a validade dessas internações seja analisada. Muita gente já poderia ter saído desse regime de internação há muito tempo, mas continuou por várias razões. A situação mais comum desse abandono está na falta de uma rede de assistência social e de saúde que acompanhe essas internações, essas pessoas (BRASIL, CNJ, 2013).

Essa problemática sobre as internações tem raízes mais profundas e relaciona-se com a forma como o doente mental foi sendo tratado pelas instituições e pela sociedade, de maneira geral. Para Dimenstein (2004, p. 113), o louco deve ser visto como sujeito de direitos:

Trata-se, então, de passar da caridade (negação de direitos) para solidariedade (o louco enquanto sujeito de direitos: ficam abolidos o estatuto da periculosidade social, a tutela jurídica, a internação e o tratamento compulsórios) e para emancipação (deixa-se a tutela para desenvolver projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos com a consciência política de cada ação técnica desenvolvida)

Defende, Sílvia Yasui (2010, p.153), a criação de uma rede intersectorial de cuidados, afirmando que.

[...] o processo da Reforma Psiquiátrica não pode se restringir à implantação de um determinado tipo de serviço, sob o risco de reduzir a complexidade desse processo a uma reforma administrativa e tecnocrática. Nesse sentido, retomo a ideia de que o Caps deve ser entendido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, que rompe com o paradigma psiquiátrico tradicional, promovendo uma profunda mudança na organização e na gestão dos processos de trabalho, envolvendo todos os atores na constituição de uma rede de produção de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas e com diferentes segmentos e atores sociais.

No campo da assistência psiquiátrica brasileira, as críticas ao modelo asilar dos grandes hospitais públicos motivaram a necessidade de apurar as distorções na assistência psiquiátrica, rever a legislação concernente aos direitos civis e penais do doente mental, colocando em pauta a construção de um novo modelo assistencial que privilegiasse a desinstitucionalização, o resgate da cidadania do doente mental e promoção da reinserção social, dando início ao Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP). (RANDEMARK e BARROS, 2007).

A Lei Nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial) foi sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Ela redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Dispõe, ainda, sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Trouxe, portanto, novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No seu art. 2º prevê que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados em seu parágrafo único, *in verbis*:

[...]

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; (Art. 2º Lei nº 10.216/2001).

Prevê a responsabilização do Estado no "desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais." (Art. 3º).

A internação, em qualquer das modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes:

O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. O tratamento em regime de internação 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. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (Art. 4º, §§§ 1º, 2º e 3º).

Dispõe o art. 6º que "a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos." Enumerando em seu parágrafo único os seguintes tipos de internação psiquiátrica: internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação

involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, e internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

## 2 O DIREITO À SAÚDE MENTAL E O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE PACIENTES CUMPRIDORES DE MEDIDA DE SEGURANÇA

A Constituição Federal recepcionou garantias e direitos fundamentais relativos à saúde, família e dignidade da pessoa humana, previstos por organismos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o Pacto de São José da Costa Rica.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações em 10 de dezembro de 1948, dispõe em seus artigos XXII e XXV *in verbis*:

### Artigo XXII

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade. (ONU, 1948).

### Artigo XXV

1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (ONU, 1948).

O Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992, promulgou a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969, prevendo o direito à integridade pessoal e a proteção da família:

### Artigo 5º - Direito à integridade pessoal

1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. (BRASIL, 1992).

### Artigo 17 - Proteção da família

1. A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e deve ser protegida pela sociedade e pelo Estado. (BRASIL, 1992).

A dignidade da pessoa humana está expressa na Constituição Federal como um dos fundamentos da República no art. 1º, inciso III, e também expressa no art. 7º do art. 226 (NUNES, 2010, p. 59 e nota de rodapé p. 60).

O direito à saúde é um direito fundamental social, previsto no Art. 6º da Constituição Federal. Na lição do professor Alexandre Moraes (2002, p. 664-665):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art.196), sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (CF, art.197).

O direito à saúde mental tem a sua previsão constitucional no Art.227, § 1º, inciso II da Carta Magna, que trata sobre a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental.

É adotada pela Constituição Federal de 1988 a expressão *direitos fundamentais*<sup>3</sup> em referência aos direitos nela positivados e *direitos humanos* para designar os consagrados em tratados e convenções internacionais. A Constituição brasileira estabelece que as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata. (NOVELINO, 2006, p. 384).

Os direitos fundamentais estão divididos em quatro dimensões, estando o direito à saúde categorizado como um direito de segunda dimensão, por pertencer à ordem dos direitos sociais. Para Novelino (2006, p. 388), os direitos sociais são direitos fundamentais de segunda dimensão ligados à igualdade material, e por dependerem em grande medida da disponibilidade orçamentária do Estado ("reserva do possível") para implementação das prestações materiais e jurídicas exigíveis com o objetivo de serem reduzidas as desigualdades no plano fático, são direitos com menos efetividade que os direitos de primeira dimensão. Do ponto de vista prático para o cidadão significa que o direito à saúde não tem eficácia imediata

<sup>3</sup> Destaca-se a classificação de Jellinek na qual os direitos fundamentais são divididos em três grupos: direitos de defesa, direitos prestacionais e direitos de participação. Os direitos prestacionais ou direitos a prestações, possuem um caráter essencialmente positivo impondo um dever de agir ao Estado, objetivando a realização de condutas ativas por parte dos poderes públicos, na proteção de certos bens jurídicos contra terceiros, bem como para a proteção ou garantia das condições de fruição desses bens. Nelas englobados o direito a prestações materiais e jurídicas decorrentes de direitos sociais (NOVELINO, 2006 p 385).

Em relatório produzido pela Organização Mundial de Saúde (2001) intitulado "Saúde Mental: nova concepção, nova esperança". foi estabelecido que o conceito de saúde mental abrange, dentre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa.

Em uma perspectiva transcultural, o Relatório assevera que é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa, porém há concordância quanto ao fato de que a saúde mental supera a compreensão simplista de ausência de perturbações mentais, tornando-se cada vez mais claro que o funcionamento mental está indissociavelmente ligado a aspectos físico-sociais e aos ganhos em saúde. (OMS, 2001).

Sobre o conceito de transtorno mental discorre Souza (2000, p. 50-51):

O conceito de "transtorno mental" adotado pela Psiquiatria americana, e assimilado pela Organização Mundial de Saúde em sua CID-10, ao procurar contornar o anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo, também acentua a importância da avaliação do grau de limitação da liberdade dos indivíduos no estabelecimento de um diagnóstico psiquiátrico. Como explica o DSM-IV, nem um comportamento desviante, nem os conflitos entre uma pessoa e a sociedade podem ser considerados como um transtorno mental, senão quando houver uma evidência clínica de que sejam sintomas de uma disfunção nesse indivíduo que, seja qual for a sua causa, estaria associada com sofrimento, incapacitação ou perda importante da liberdade

Segundo o referido relatório da OMS, a saúde mental foi negligenciada durante muito tempo, sendo essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, contabilizando, à época da sua elaboração, a existência no mundo de cerca de 450 milhões de pessoas sofrendo de perturbações mentais, neurobiológicas ou problemas psicossociais. (OMS, 2001).

## 2.1 CRIME E MEDIDA DE SEGURANÇA

Desde os primórdios da humanidade, a violência sempre esteve presente na vida do ser humano e considerando-se a versão mítica da Bíblia sobre a história do homem, tem-se que o crime nasceu com ele.

O "primeiro" crime do ser humano foi cometido por Adão e Eva, ao comerem a fruta proibida, culminando com a expulsão dos dois do paraíso (SÁ, 2010).

O "segundo" crime praticado pelo homem, e o primeiro homicídio da história da humanidade é narrado no Livro de Gênesis (4 3, 4) o assassinato de Abel por seu irmão, Caim. Trata-se de um fratricídio, termo que vem do latim *fratricidium* e descreve o assassinato de um ser humano por seu próprio irmão. Narra, a Bíblia, que, numa determinada ocasião, Caim e o seu irmão mais novo Abel apresentaram ofertas a Deus. Caim teria apresentado frutas do solo e Abel ofereceu primícias do seu rebanho. A oferta de Abel teria agradado a Deus, enquanto que a de Caim não, pois o sacrifício de Abel foi oferecido com fé, em face da declaração bíblica de que "pela fé, Abel ofereceu a Deus um sacrifício superior ao de Caim. Pela fé, ele foi reconhecido como justo, quando Deus aprovou as suas ofertas." (Hebreus 11:4), um sacrifício total.

Com ciúmes, Caim sugeriu a Abel que ambos fossem ao campo e, lá chegando, matou-o. Como punição do seu crime, Deus o sentenciou ao banimento do solo, além de ser condenado à condição de errante pelo mundo. Caim não expressou nenhum arrependimento pelo crime cometido, embora tenha lamentado a severidade de sua punição e mostrado ansiedade quanto à possibilidade do assassinato de seu irmão ser vingado nele.

Assim como o crime, a loucura faz parte da vida do ser humano desde os primórdios. Discorre Augusto César de Farias Costa (2001, p. 2) a respeito:

A história da relação do ser humano com a loucura é, desde os primórdios da civilização, a história da tolerância para com a diferença entre as pessoas. Dessa maneira, as sociedades ditas mais primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais. A inserção da sua diferença numa perspectiva religiosa proporcionava ao louco um lugar contextualizado dentro da comunidade, fazendo com que a sua singularidade, ao invés de ser excluída, fosse assimilada como uma contribuição e não como uma subtração ao bem-estar comum. Assim, já na antiga Mesopotâmia, no Egito antigo, entre os hebreus e os persas e até no extremo Oriente, a loucura era entendida como uma condição especial que conferia ao indivíduo que a apresentasse uma feição próxima ao divino.

Foucault (2009, p.23-24), em análise sobre a evolução da questão da loucura no sistema penal francês, explicita que o Código de 1810, em seu artigo 64 "[...]

prevê que não há crime nem delito, se o infrator estava em estado de demência no instante do ato. A possibilidade de invocar a loucura excluía, pois, a qualificação de um ato como crime.”.

Ressalte-se a necessidade de se recorrer aos estudos de Michel Foucault, por se tratar de autor referência em estudos sobre os transtornos da psique humana. Apesar de não ser um estudioso da área jurídica, não se pode deixar de prestigiar seu trabalho pela importância que representou para a evolução do tratamento dispensado à pessoa acometida de doença mental no mundo, o que reforça o caráter multidisciplinar dessa discussão.

A impossibilidade de se declarar a culpa daquele que cometeu ato ilícito em estado de loucura, interpretação do mencionado Art. 64, aos poucos foi se relativizando na jurisprudência francesa. Como bem explica Foucault (2009, p. 24), “Admitiram que era possível alguém ser culpado e louco; quanto mais louco, tanto menos culpado; culpado, sem dúvida, mas que deveria ser enclausurado e tratado, e não punido; culpado perigoso, pois manifestamente doente, etc.”.

Norteiam o presente artigo alguns conceitos de Direito Penal, que inicialmente merecem esclarecimento, tais como: crime, imputabilidade, inimputabilidade, pena e medida de segurança. Será feito um estudo mais detido da medida de segurança por ser o instituto jurídico aplicado ao doente mental que comete crime.

O atual Código Penal brasileiro (Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, de acordo com a reforma da Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984) não conceitua crime, contudo no art.1º da sua Lei de Introdução (Decreto-Lei nº 3.914, de 9 de dezembro de 1941) traz um critério distintivo entre crime e contravenção penal tomando por base a pena cominada, com a seguinte redação:

Art 1º Considera-se crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou de detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa; contravenção, a infração penal a que a lei comina, isoladamente, pena de prisão simples ou de multa, ou ambas, alternativa ou cumulativamente. (Decreto-Lei nº 3.914, de 9 de dezembro de 1941).

Diferentemente do Código Criminal do Império e do Código Penal da República que traziam em seu bojo a definição de crime. O Código Criminal do Império do Brasil (Lei de 16 de dezembro de 1830, Redação original) previa

Art. 1º Não haverá crime, ou delicto (palavras synonymas neste Código) sem uma Lei anterior, que o qualifique.

Art. 2º Julgar-se-ha crime, ou delicto:

1º Toda a acção, ou omissão voluntaria contraria ás Leis penaes.

Já o Código Penal promulgado através do Decreto nº 847 de 11 de Outubro de 1890, em sua redação original dispunha que:

Art. 2º A violação da lei penal consiste em acção ou omissão; constitue crime ou contravenção.

Art. 7º Crime é a violação imputavel e culposa da lei penal.

Art. 8º Contravenção é o facto voluntario punivel que consiste unicamente na violação, ou na falta de observancia das disposições preventivas das leis e dos regulamentos.

O atual Código Penal brasileiro dispõe em seu Título II acerca do crime e seus aspectos do Art.13 ao Art.25. O crime não possui um conceito fornecido pelo legislador, sendo-lhe atribuído um conceito jurídico.

Vários são os conceitos apresentados pelos doutrinadores. A doutrina majoritária divide o conceito de crime das seguintes formas: crime em sentido material, como sendo "[...] a concepção da sociedade sobre o que pode e deve ser proibido, mediante a aplicação de sanção penal". Sob o prisma formal, como sendo "[...] a concepção do direito acerca do delito. É a conduta proibida por lei, sob ameaça de aplicação de pena, numa visão legislativa do fenômeno." (NUCCI, 2007, p. 115). E, por fim, a visão analítica de crime é:

[...] a concepção da ciência do direito, que não difere, na essência, do conceito formal. Trata-se de uma conduta típica, antijurídica e culpável, vale dizer, uma ação ou omissão ajustada a um modelo legal de conduta proibida (tipicidade), contrária ao direito (antijuridicidade) e sujeita a um julzo de reprovação social incidente sobre o fato e seu autor, desde que existe imputabilidade, consciência potencial de ilicitude e exigibilidade e possibilidade de agir conforme o direito (culpabilidade). (NUCCI, 2007, P. 115).

No mesmo sentido, Azevedo (2010, p. 77) dispõe que o conceito material de crime parte da "[...] análise da conduta danosa e sua consequência social"; o conceito formal, sob o aspecto da "[...] contradição do fato à norma penal"; e a abordagem analítica, enfoca os elementos ou requisitos do crime, que pelo conceito tripartido, concebe crime como conduta típica, antijurídica e culpável, e pelo conceito



bipartido concebe somente como uma conduta típica e antijurídica, sendo a culpabilidade não um “[...] elemento do crime, mas sim um pressuposto de aplicação da pena”.

Para Damásio de Jesus (2011, p. 193), no conceito formal, “crime é um fato típico e antijurídico.” A conceituação analítica de crime ainda enfrenta divergências na doutrina, com a formulação de diversas teorias pelos autores de Direito, não nos cabendo aqui determo-nos nessa discussão, por não ser o foco do presente estudo.

O fato típico e a antijuridicidade “são denominados requisitos porque faltando um deles não há a figura delituosa. São indispensáveis.” (DAMÁSIO DE JESUS, 2011, p. 199). Ele define fato típico e antijuridicidade como:

Fato típico é o comportamento humano (positivo ou negativo) que provoca um resultado (em regra) e é previsto na lei penal como infração. Assim fato típico do homicídio é a conduta humana que causa a morte de um homem. Ex.: A esfaqueia B, que vem a morrer em consequência das lesões. O fato se enquadra na descrição legal simples do art 121 do CP: “Matar alguém”. [...] Antijuridicidade é a relação de contrariedade entre o fato típico e o ordenamento jurídico. A conduta descrita em norma penal incriminadora será ilícita ou antijurídica quando não for expressamente declarada lícita. Assim, o conceito de ilicitude de um fato típico é encontrado por exclusão: é antijurídico quando não declarado lícito por causas de exclusão da antijuridicidade (CP, art. 23, ou normas permissivas encontradas em sua parte especial ou em leis especiais). Presente a causa de exclusão o fato é típico, mas não antijurídico, e, em consequência, não se há de falar em crime, pois lhe falta um requisito genérico. (DAMÁSIO DE JESUS, 2011, p. 196-197).

O primeiro elemento integrante do fato típico é a conduta, segundo Greco (2007). Entende Celso Delmanto (2010, p. 110) que “Assim para que haja crime é indispensável a existência de uma *conduta*, que se pode traduzir tanto em um comportamento positivo (comissivo) quanto negativo (omissivo).”.

A conduta somente pode ser praticada por um ser humano que é o sujeito ativo do crime, definido como:

Sujeito ativo é quem pratica o fato descrito na norma penal incriminadora. Só o homem possui capacidade para delinquir. São reminiscências as práticas de processos contra animais ou coisas por cometimento de supostas infrações. O sujeito ativo do delito não é seu pressuposto ou antecedente nem elemento do tipo. (DAMÁSIO DE JESUS, 2011, p. 207).

Comissiva ou omissiva, a conduta humana é a causa sem a qual o resultado delitivo não teria ocorrido, ou seja, é o nexo de causalidade ou relação pelo qual o resultado só pode ser atribuído a quem lhe deu causa (DELMANTO, 2010).

O comportamento humano comissivo ou omissivo pode ser praticado com dolo ou culpa. O art.18 do Código Penal faz a divisão entre crimes dolosos e culposos, senão vejamos:

Art. 18 - Diz-se o crime

**Crime doloso**

I - doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;

**Crime culposo**

II - culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

Parágrafo único - Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente. (BRASIL, Código Penal, Art 18).

Para Celso Delmanto (2010, p. 110), o Código Penal prevê que "crime é *doloso* quando: a.o agente quis o resultado; b.(o agente) assumiu o risco de produzi-lo (o resultado). Na primeira parte (a) é o *dolo direto* (ou determinado); a segunda (b) é o chamado *dolo indireto* (ou indeterminado), que tem duas formas (eventual e alternativo)."

*Dolo direto* "é a vontade do agente dirigida especificamente à produção do resultado típico, abrangendo os meios utilizados para tanto." [...] "A vontade se encaixa com perfeição ao resultado. É também, denominado *dolo de primeiro grau*." (NUCCI, 2007, p 186-187).

Sobre *dolo indireto*, ensina Celso Delmanto (2010, p. 152):

O dolo é indireto quando a vontade do agente não visa a um resultado preciso e determinado, não obstante saiba que sua conduta pode causar resultados. Compreende duas formas: (b1) *dolo eventual*, quando o agente, conscientemente, admite e aceita o risco de produzir o resultado; (b2) *dolo alternativo*, quando a vontade do agente visa a um ou outro resultado (exemplo: matar ou ferir).

Na lição de Guilherme de Souza Nucci (2007, p. 192), culpa "é o comportamento voluntário desatencioso, voltado a um determinado objetivo, lícito ou ilícito, embora produza resultado ilícito, não desejado, mas previsível, que podia ter sido evitado. O dolo é a regra; a culpa, exceção. Para se punir alguém por delito

culposo, é indispensável que a culpa venha expressamente delineada no tipo penal.”

Sobre a conduta típica e ilícita praticada pelo sujeito ativo do crime é realizado o juízo de reprovação pessoal que é a culpabilidade (GRECO, 2007, p. 381). Várias são as denominações dadas para designar o sujeito ativo do delito: agente; indiciado na fase do inquérito policial, acusado, denunciado ou réu na fase do processo; sentenciado, condenado, com a prolação da sentença condenatória. Na execução da sentença e medida de segurança: condenado e internado (DAMÁSIO DE JESUS, 2011, p. 208).

Feitas as devidas considerações a respeito do instituto jurídico do crime, passemos aos conceitos de punibilidade, culpabilidade, imputabilidade, inimputabilidade e medida de segurança no Direito Penal brasileiro, localizando o doente mental que praticou conduta típica e ilícita, mas não culpável, nesse contexto.

O Estado tem o poder punitivo com relação à pessoa que viola a lei penal, este poder-dever é chamado de punibilidade. Sobre o tema discorre Delmanto:

O Estado possui, de modo abstrato, o poder-dever de punir aqueles que violam a lei penal. Todavia, para que esse poder-dever possa se concretizar exige-se o trânsito em julgado de condenação criminal, quando, para o mundo jurídico, passa a existir a certeza de que o crime ocorreu e de quem é o autor. Somente com o trânsito em julgado de condenação, respeitado o devido processo legal, é que a presunção de inocência ou desconsideração prévia de culpabilidade inerente a todo cidadão é desconstituída, passando ele a ser tratado como culpado, liberando-se, então, a coação estatal que se encontrava em potência. Esse poder-dever punitivo é chamado de *punibilidade*. A punibilidade subdivide-se em duas fases: uma antes do trânsito em julgado da condenação penal (a chamada "pretensão punitiva") e, outra, após esse evento (a denominada "pretensão executória"). (DELMANTO, 2010, p. 402-403).

Na definição de Damásio de Jesus (2011, p. 197) "Culpabilidade é a reprovação da ordem jurídica em face de estar ligado o homem a um fato típico e antijurídico". Delmanto (2010, p. 180) ainda acrescenta que "a culpabilidade tem como pressuposto a imputabilidade, sendo esta a capacidade de entender que o fato ilícito e de agir de acordo com o seu entendimento. A culpabilidade não existe se falta a capacidade psíquica de compreender a ilicitude."

Tem-se que a imputabilidade é a possibilidade de o agente ser responsabilizado pelo fato típico e ilícito por ele cometido, sendo a regra a imputabilidade e a inimputabilidade a exceção. (GRECO, 2007, p. 396). Os inimputáveis são as pessoas que não têm a capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato. Consubstancia-se a inimputabilidade como uma das causas de exclusão da culpabilidade, afastando-se o juízo de reprovabilidade da conduta, e como consectário lógico, a pena. (DELMANTO, 2010, p. 180).

O art.26 do Código Penal prevê a isenção de pena para o agente em razão da inimputabilidade que são por: doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e a absoluta incapacidade de, ao tempo da ação ou da omissão (momento do crime), inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Segundo Greco, o Código Penal para aferição da inimputabilidade do agente adotou o critério biopsicológico, que é a adoção simultânea de dois critérios: o biológico e o psicológico. Ressalte-se a definição do autor para os dois critérios:

*O critério biológico, portanto, reside na aferição da doença mental ou no desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Contudo, mesmo que comprovado, ainda não será suficiente a fim de conduzir à situação de inimputabilidade. Será preciso verificar se o agente era, ao tempo da ação ou omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (critério psicológico). (GRECO, 2007, p. 397-398).*

O Código Penal pátrio não especificou quais seriam as doenças mentais, cuja definição deve recair sobre a psiquiatria forense. (DELMANTO, 2010, p. 180-181). Esclarece Nelson Hungria, autor do anteprojeto do Código Penal de 1940, que a expressão doença mental não havia tido aprovação geral na classe médica, e que a mais adequada seria "alienação mental". (HUNGRIA, 1958, p. 333).

O DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –, que em português significa "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" é o manual internacional responsável por listar diferentes categorias de transtornos mentais e critérios diagnósticos, expedido pela Associação Americana de Psiquiatria. O referido documento entende por sinônimas as expressões "retardo mental" e "deficiência mental", tendo como característica essencial o

[...] funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Critério A), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança (Critério B). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

### Esclarece Nélon Hungria

Ora, o título "alienação mental", ainda que tivesse um sentido incontroverso em psiquiatria, prestar-se-ia, na prática jurídica, notadamente no tribunal dos juizes de fato, a deturpações e mal-entendidos. Entre gente que não cultiva a ciência psiquiátrica, *alienação mental* pode ser entendida de modo amplíssimo, isto é, como todo estado de quem está *fora de si*, alheio a si, ou de quem deixa de ser igual a si mesmo, seja ou não por causa patológica. Mesmo em psiquiatria, porém, não representa uma noção tranqüila [...] A preferência pela expressão "doença mental" veio de que esta, nos tempos mais recentes [...] abrange todas as psicoses, quer *orgânicas* e *tóxicas*, quer as *funcionais* (*funcionais* propriamente ditas e *sinfomáticas*). isto é, não só as resultantes de processo patológico instalado no mecanismo cerebral precedentemente são (paralisia geral progressiva, sífilis cerebral, demência senil, arteriosclerose cerebral, psicose traumática etc.) e as causadas por venenos *ab externo* (alcoolismo, morfínismo, cocainismo, saturnismo etc.) ou *toxinas metabólicas* (consecutivas a transtornos do metabolismo produzidos por infecções agudas, enfermidades gerais etc.), como também as que representam perturbações mentais ligadas ao psiquismo normal por transições graduais [...] A latitude da expressão "doença mental", na interpretação do art.22 do Código, tem por si o apoio da psiquiatria moderna, e é tanto mais aceitável quanto o método biopsicológico é preservativo contra uma exagerada admissão da irresponsabilidade Assim, não há disparate algum em que sejam colocadas sob tal rubrica as perturbações de atividade mental que se ligam a certos estados somáticos ou fisiológicos mórbidos, de caráter transitório, como o *delírio febril* e o *sonambulismo*. (HUNGRIA, 1958, p. 333-335).

Explica Nélon Hungria o conceito de desenvolvimento mental incompleto ou retardado adotado pelo legislador do Código Penal de 1940: "Sob este título se agrupam não só os deficitários congênitos do desenvolvimento psíquico ou *oligofrênicos* (idiotas, imbecis, débeis mentais), como os que são por carência de certos sentidos (surdos-mudos) e até mesmo os *silvícolas* inadaptados". (Idem. p. 336).

O Art.149 do CPP dispõe que quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja submetido a exame médico legal, instaurando-se o chamado incidente da insanidade mental do acusado.

O exame poderá ser ordenado na fase do inquérito policial ou no curso do processo, e neste caso este ficará suspenso, não durará mais de 45 (quarenta e cinco) dias, salvo se os peritos demonstrarem a necessidade de maior prazo. Concluindo os peritos que o acusado é inimputável o processo prosseguirá com a presença de curador, e se verificarem que a doença sobreveio à infração o processo continuará suspenso até o restabelecimento do acusado, podendo o juiz ordenar a internação do acusado no HCTP ou em outro estabelecimento adequado. Havendo o restabelecimento o processo retomará o seu curso.

Com a declaração de inimputabilidade, não há condenação do agente e sim absolvição, conforme o disposto no Art.386, inciso VI, do CPP, contudo é aplicada a medida de segurança nos termos do parágrafo único, inciso III, do mesmo artigo, *in verbis*:

Art 386. O juiz absolverá o réu, mencionando a causa na parte dispositiva, desde que reconheça:

[...]

VI – existirem circunstâncias que excluam o crime ou isentem o réu de pena (arts. 20, 21, 22, 23, 26 e § 1º do art. 28, todos do Código Penal), ou mesmo se houver fundada dúvida sobre sua existência; (Redação dada pela Lei nº 11.690, de 2008)

[...]

Parágrafo único. Na sentença absolutória, o juiz:

[...]

III - aplicará medida de segurança, se cabível. (BRASIL, 1984).

Assevera Greco (2007) que se trata de uma sentença impropriamente absolutória, pois mesmo ocorrendo a absolvição do inimputável, a este é aplicada medida de segurança. Prevê também o Art.26 do Código Penal em seu parágrafo único a semi-imputabilidade ou inimputabilidade relativa ou imputabilidade diminuída ou semirresponsabilidade.

Na hipótese do parágrafo único, além da redução de pena poderá o juiz proceder a substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança na

hipótese em que o condenado necessitar de especial tratamento curativo, nos termos do Art.98 do CP.

Logo, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado *não era inteiramente capaz de entender* o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, o juiz tem duas alternativas:

1) a diminuição obrigatória da pena- a pena pode ser reduzida de (1) um a 2/3 (dois terços), *in verbis* o parágrafo único do Art.26 do CP:

[...] Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado *não era inteiramente capaz de entender* o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1984).

2) a substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança (internação ou tratamento ambulatorial)- trata-se de uma substituição alternativa a critério do juiz, quando o condenado necessita de especial tratamento curativo. Tal substituição deve ser decidida de forma cautelosa, pois aplica-se ao semi-imputável o mesmo tratamento dispensado ao inimputável, de acordo com a qualidade da pena prevista: internação (para crime punível com reclusão) ou tratamento ambulatorial (no caso de crime punível com detenção). É prevista no Art.98 do Código Penal com o seguinte teor.

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (BRASIL, 1984).

Sobre tratamento curativo assevera Mirabete (2007, p. 742-743):

Embora a expressão *especial tratamento curativo* utilizada no art.98 do Código Penal não seja todo esclarecedora, indica ela que a substituição deve ser medida adotada pelo juiz apenas na hipótese de ficar comprovado pela perícia que o agente é perigoso ou que a doença ou perturbação da saúde mental pode ser curada ou a menos atenuada com um tratamento psiquiátrico especializado. Nos casos em que não se revela maior periculosidade ou de impossibilidade de tratamento curativo, como na oligofrenia, a solução adequada é a imposição e execução da pena.

Além das hipóteses da inimputabilidade e semi-imputabilidade, existe também a hipótese da superveniência de doença mental prevista no Art.41 do Código Penal, ou seja, o condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado. (BRASIL, 1984).

A Lei de Execuções Penais, em seu Art. 183, possibilita a substituição da pena privativa de liberdade por medida de segurança quando, no curso da execução, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, pelo o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa. O tempo máximo de duração da medida de segurança substitutiva não pode ser superior ao tempo restante da pena privativa de liberdade, ainda que se entenda ser o condenado ao qual sobreveio doença mental não curada "pessoa perigosa."

Prevê o art.184 da Lei de Execuções Penais a conversão do tratamento ambulatorial em internação se o agente revelar incompatibilidade com a medida, com prazo mínimo de 1 (um) ano. Para Delmanto (2010, p. 360):

As medidas de segurança são, também, sanções penais, por vezes assumindo caráter mais gravoso do que as próprias penas, dada a severíssima restrição à liberdade da pessoa internada, sendo impostas como decorrência do poder de coação estatal (*ius puniendi*), em razão da prática, devidamente comprovada, de um fato penalmente típico e antijurídico, por uma pessoa considerada inimputável ou semi-imputável. Comprovação esta, que demanda o devido processo penal, isto é, lastrada em provas lícitas e idôneas (*due process of law*, presunção de inocência, legalidade).

Nélson Hungria em seus comentários ao Código Penal de 1940 fixa as diferenças entre pena e medida de segurança à época afirmando que:

a) a pena é consequência da culpabilidade (*nulla poena sine culpa*), aplicando-se exclusivamente aos *responsáveis*; a medida de segurança é consequência da periculosidade, aplicando-se tanto aos *responsáveis* quanto aos *irresponsáveis*;

b) a pena assume cunho essencialmente ético e é baseada na *justiça*; a medida de segurança, eticamente neutra, tem por fundamento a *utilidade*;

c) a pena é *sanção* e se impõe por um fato certo, isto é, o crime praticado, a medida de segurança não é sanção e se impõe por um



*fato provável*, isto é, o provável retorno à prática de fato previsto como crime (segundo a regra geral);

d) a pena é prevalentemente *retributiva* (*malum passionis quod infligitur ob malum actionis*); a medida de segurança serve ao fim de segregação tutelar ou readaptação do indivíduo anti-social;

e) a pena, adstrita à noção *realística* ou *causal do crime* (lesão ou perigo de lesão de um bem ou interesse penalmente protegido), é proporcionada à gravidade deste e, conseqüentemente, determinada no seu *quantum*; a medida de segurança, ainda que condicionada, de regra, à precedente prática de um fato previsto como crime, somente tem este em conta como um dos *sintomas* do estado perigoso individual, a cuja indeterminada duração está subordinada a sua execução;

f) a pena tem caráter necessariamente *aflictivo* (como todo castigo); a medida de segurança é desprovida de tal caráter, pelo menos do ponto de vista psicológico (a pena tem como *caráter jurídico essencial* o "sofrimento", enquanto a medida de segurança é *assistência*, é *tratamento*, é *medicina*, é *pedagogia* se acarreta algum *sacrifício* ou *restrição* à liberdade individual, não é isso um *mal* querido como tal ou um *fim* colimado, mas um *meio* indispensável à sua execução finalística);

g) a pena, além de expiatória, visa à *prevenção geral* (coaçoão psicológica *erga omnes*, no sentido de abstenção do crime) e *especial* (escarmento, emenda de quem a sofre); a medida de segurança visa tão-somente à *prevenção especial* (neutralização profilática ou recuperação social do indivíduo).

Numa palavra: a pena é, conceitualmente, uma *reação*, um *contra-golpe* em face do crime já praticado; a medida de segurança é um *preventivo* do crime que pode vir a ser praticado (HUNGRIA, 1958, p. 9-11).

Na lição de Delmanto (2010, p. 360) comentando o Código Penal, cujo texto da parte geral do referido estatuto com redação determinada pela Lei nº 7.209 de 13.07.1984, as medidas de segurança diferem da pena essencialmente pela natureza e fundamento. As penas têm caráter retributivo, de prevenção geral e especial e se baseiam na culpabilidade. Já as medidas de segurança têm as seguintes características:

- de natureza exclusivamente preventiva, ou seja, de prevenção especial;
- o fundamento de sua imposição é a periculosidade do sujeito, denotada pela prática de uma conduta típica e ilícita,
- são indeterminadas no tempo, só findando ao cessar a periculosidade;

- não são aplicáveis aos agentes plenamente imputáveis, mas só aos sujeitos inimputáveis ou semirresponsáveis.

Comparando-se o texto original do Código Penal de 1940 com a alteração sofrida pela parte geral do referido estatuto repressivo com o advento da Lei nº de 1984, verifica-se que na redação atual do Código Penal a medida de segurança só se aplica aos inimputáveis enquanto que na redação anterior aplicava-se também aos imputáveis

Na exposição de motivos do projeto da nova parte geral do Código Penal de 1940 encaminhado para sanção presidencial, que culminou na promulgação da Lei nº 7.209 de 11 de junho de 1984, são indicadas no item 87 razões da extinção da medida de segurança para o imputável e a instituição do sistema vicariante para os fronteiriços<sup>4</sup> e no item 89 as duas espécies de medida de segurança. Senão vejamos:

87. Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços. Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se, pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de caráter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa culpabilidade— pena, periculosidade— medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança. [...]

89. Duas espécies de medida de segurança consagra o Projeto: a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, fixando-se o prazo mínimo de internação entre 1 (um) e 3 (três) anos. Esse prazo tornar-se-á indeterminado, perdurando a medida enquanto não for verificada a cessação da periculosidade por perícia médica. A perícia deve efetuar-se ao término do prazo mínimo prescrito e repetir-se anualmente. (BRASIL, 1984).

Era prevista no antigo Art.80 do Código Penal a medida de segurança *provisória*, mas esta foi extinta pela Lei nº 7.209/84 e derogado Art.378 do Código de Processo Penal que prevê a internação provisória, ademais a omissão da lei não pode ser preenchida pela aplicação analógica do § único do Art.2º da LEP c/c o seu Art.180, bem como a própria LEP prevê (Arts. 171 e 172), que ninguém poderá ser

<sup>4</sup> Nos ensinamentos de Bittencourt, a reforma do Código Penal de 1984 aboliu o sistema "duplo binário" e adotou o sistema vicariante, "eliminando definitivamente a aplicação dupla de pena e medida de segurança para os inimputáveis e semi-imputáveis." [...] "Atualmente, o imputável que praticar uma conduta punível sujeitar-se-á somente à pena correspondente: o inimputável à medida de segurança, e o semi-imputável, o chamado "fronteiriço", sofrerá pena ou medida de segurança isto é, ou uma ou outra, nunca as duas, como ocorre no sistema duplo binário. (BITTENCOURT, 2012, p 838).

internado sem guia de autoridade judicial, só expedível após o transitado em julgado a sentença que aplicou a medida de segurança. (DELMANTO, 2010, p. 361). Demonstrada também na exposição de motivos a preocupação do legislador em recepcionar às tendências à época de “desinstitucionalização”, senão vejamos:

90. O Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita.

91. Corresponde a inovação às atuais tendências de “desinstitucionalização”, sem o exagero de eliminar a internação. Pelo contrário, o Projeto estabelece limitações estritas para a hipótese de tratamento ambulatorial, apenas admitido quando o ato praticado for previsto como crime *punível com detenção*. (BRASIL, 1984).

Segundo Delmanto (2010, p. 361), com a reforma da parte geral do Código Penal ocorrida em 1984 “(...) também deixaram de existir *outras* medidas de segurança, como: a liberdade vigiada, a proibição de frequentar certos lugares, o exílio local, a interdição de estabelecimento ou sede e o confisco preventivo (...)”

Para aplicação da medida de segurança é necessária a coexistência de dois requisitos ou pressupostos: a prática do fato punível e a periculosidade. A periculosidade é o fundamento da imposição das medidas de segurança. É a probabilidade de o sujeito tornar a praticar crimes. “Deve ela, sempre, e dentro do possível, ser concretamente aferida mediante laudos periciais devidamente fundamentados (CR, art.93, IX).” (DELMANTO, 2010, p. 360).

No Art.96 do Código Penal são previstas duas espécies de medidas de segurança

1ª) a medida de segurança *detentiva* que consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado. Os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico são os antigos manicômios judiciários.

2ª) a medida de segurança *restritiva* que consiste na sujeição a tratamento ambulatorial, pelo qual são dados cuidados médicos à pessoa submetida a tratamento, mas sem internação, salvo quando tornar-se necessária, nos termos do § 4º do art.97 do CP, para fins curativos. (DELMANTO, 2010).

Se o crime imputado ao réu inimputável foi apenado com *reclusão* aplica-se a medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e se a infração penal for punida com *detenção* aplica-se a medida de segurança de tratamento ambulatorial.

Na medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico fica o autor da infração penal sujeito a tratamento médico interno e na medida de segurança consistente em tratamento ambulatorial fica o autor da infração penal sujeito a tratamento médico externo, ou seja, "não necessita ficar internado, embora esteja obrigado a comparecer com relativa frequência ao médico." (NUCCI, 2007, p. 480).

Na lição de Julio Fabbrini Mirabete (2007, p. 745):

A internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico representa, a rigor, a fusão de medidas de segurança detentivas previstas na legislação anterior: internação em manicômio judiciário e internação em casa de custódia e tratamento. Estabelecem-se medida única para os inimputáveis e semi-imputáveis que necessitam de especial tratamento curativo.

A Lei de Execução Penal dispõe sobre o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico nos seus art.99 a 101. Prevê que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico é destinado aos inimputáveis e semi-imputáveis, com a realização de exame psiquiátrico e demais exames necessários ao tratamento, sendo estes obrigatórios para todos os internados. Prevê também que no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico o tratamento ambulatorial seja ali realizado ou em outro local com dependência médica adequada.

Discorre Mirabete (2007, p. 282) que "A adoção das medidas de segurança trouxe consigo a exigência de diverso estilo arquitetônico e da existência de aparelhagem interna nos estabelecimentos penais destinados a sua execução.". O parágrafo único do Art.99 da LEP dispõe sobre a aplicação do Art.88 da referida lei ao HCTP que seria: o alojamento em cela individual com dormitório, aparelho sanitário e lavatório; salubridade do ambiente pela concorrência dos fatos de aeração, isolamento e condicionamento térmico adequado à existência humana; e a área mínima de seis metros quadrados.

No entendimento de Mirabete (2007, p. 282), é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico:

[...] um hospital-presídio, um estabelecimento penal que visa assegurar a custódia do internado. Embora se destine ao tratamento, que é o fim da medida de segurança, pois os alienados que praticam crime assemelham-se em todos os pontos a outros alienados, diferindo essencialmente dos outros criminosos, não se pode afastar a coerção à liberdade de locomoção do internado, presumidamente perigoso em decorrência da lei.

Contudo, na própria exposição de motivos da LEP, em seu item 99, é ressaltada a inexistência de previsão de cela individual no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, senão vejamos:

99. Relativamente ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico não existe a previsão da cela individual, já que a estrutura e as divisões de tal unidade estão na dependência de planificação especializada, dirigida segundo os padrões da medicina psiquiátrica. Estabelecem-se, entretanto, as garantias mínimas de salubridade do ambiente e área física de cada aposento. (BRASIL, 1983).

O Código Penal prevê em seu art.96, inciso I, a possibilidade de internação em outro estabelecimento adequado na falta de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Entende Mirabete que na falta de estabelecimento oficial adequado poderá ser feita a internação em estabelecimento privado:

Embora não faça a lei referência expressa a estabelecimento privado, é possível o internamento em hospital psiquiátrico particular que ofereça condições de custódia na falta de estabelecimento oficial ou quando a perícia comprovar que não há condições de ser o interno submetido ao tratamento específico de que necessita na instituição hospitalar- prisional do Estado [...]. (MIRABETE, 2007, p. 284).

É prevista no Art.100 da LEP a obrigatoriedade da realização de exame psiquiátrico e demais exames necessários ao tratamento para os internos, cuja necessidade é entendida por Mirabete (2007, p. 284) da seguinte forma:

Para que se possa efetuar, com sucesso, uma perfeita determinação dos indivíduos sujeitos ao tratamento, é necessário, que se faça, preliminarmente, uma seleção rigorosa logo que proceda a internação, inclusive quanto ao estado físico do internado. Além disso, a cessação da periculosidade presumida só será averiguada, no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança ou quando o determinar o juiz da execução, por meio do exame psiquiátrico. Por isso, determina a lei que o exame psiquiátrico e os

demais exames obrigatórios para todos os internados. A eles deve submeter-se o internado diante de seu *status* de pessoa autora de crime e de periculosidade presumida pela lei.

Os exames são previstos na Exposição de motivos da LEP da seguinte forma:

155. Tanto o exame criminológico como o exame geral de personalidade são, conforme as circunstâncias do caso concreto, necessários ou recomendáveis em relação aos destinatários das medidas de segurança. Daí por que o Projeto expressamente consigna a realização de tais pesquisas. Em relação aos internados, o exame criminológico é obrigatório. É facultativo – na dependência da natureza do fato e das condições do agente – quanto aos submetidos a tratamento ambulatorial. (BRASIL, 1983).

Sobre tratamento ambulatorial discorre Mirabete (2007, p. 745) que a:

[...] sujeição a tratamento ambulatorial corresponde às atuais tendências de "desinstitucionalização" do tratamento ao portador de doença mental ou de perturbação da saúde mental, bem como de desenvolvimento mental incompleto ou retardado. Imposta tal medida de segurança, cumpre ao sentenciado comparecer ao hospital de custódia e tratamento psiquiátrico nos dias que lhes forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prevista, permitindo-se, porém a assistência médica em outro local com dependências médicas adequadas. (art.101 da LEP).

O tratamento ambulatorial deverá ser realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada como previsto no Art.101 da LEP. Defende Mirabete (2007, p. 285) a possibilidade da realização do tratamento ambulatorial em estabelecimento particular afirmando que:

Ainda que não se exija, nesses casos, qualquer medida de vigilância ou custódia do inimputável ou semi-imputável, eu estão em liberdade, também não faz referência expressa a lei a estabelecimento particular. Isso porque o tratamento ambulatorial deve ser realizado de modo que a Administração possa controlá-lo eficientemente, possibilitando, inclusive que o juiz determine a internação se essa providência for necessária para fins curativos. (BRASIL, art.97,§ 4º, do CP).

Existe a possibilidade de realização do tratamento ambulatorial na rede extra-hospitalar, espalhada por todo o país, nos chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), dotados de equipe multidisciplinar para atendimento as pessoas com problemas psiquiátricos, como depressão, esquizofrenia, alcoolismo e

dependência química. O Prof. Mirabete defende a possibilidade de o tratamento ambulatorial ser realizado em estabelecimento particular:

O tratamento ambulatorial deve ser realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada. Inexistindo necessidade de custódia ou vigilância, mas apenas tratamento e fiscalização, qualquer estabelecimento público hospitalar que mantenha atendimento psiquiátrico pode ser o local para o tratamento. Nada impede, aliás, que o tratamento seja prestado por estabelecimento particular que mantenha convênio com a Administração para esse serviço específico. (MIRABETE, 2007, p. 749).

Também é prevista a internação no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do condenado a quem sobrevier doença mental, verificada por perícia médica, conforme o disposto no Art.41 do CP, Arts. 154 e 682<sup>5</sup> do CPP, e Art.108 da Lei de Execução Penal. Isto ocorre quando era o agente imputável no momento do fato e antes ou durante a execução da pena sobrevêm doença mental. Para Mirabete (2007, p. 321-322):

Nesse caso, não mais pode ser executada a pena, pois a finalidade desta é a reinserção social do condenado e, estando este ineficaz às medidas ressocializadoras pela incapacidade de entender e querer, a execução da sanção seria inútil. Ademais, a incapacidade psíquica torna inconveniente e mesmo perigosa a permanência do condenado em estabelecimento destinado à execução da pena. Essa permanência no presídio poderá ser prejudicial à vida ou a cura, diante de ausência de tratamento especializado.

Para o início a execução da medida de segurança necessário o trânsito em julgado da sentença que a aplicou e com a expedição de guia para a execução (art.171 da LEP). A guia também pode ser expedida pelo juiz da execução para internação na hipótese de conversão pela superveniência de doença mental ou perturbação da saúde mental e na hipótese de conversão do tratamento ambulatorial em internação (art.183 e art.184 da LEP).

A exposição de motivos da LEP em seus itens 153 e 154 ressalta ser indispensável a expedição de guia para execução das medidas de segurança, senão vejamos:

153. A guia expedida pela autoridade judiciária constitui o documento indispensável para a execução de qualquer uma das

<sup>5</sup> Ressalte-se que o Art.682 do Código de Processo Penal utiliza o termo a manicômio judiciário para referir-se aos hospitais de custódia cuja nomenclatura atual é Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico como utilizado nos art.41 do Código Penal e Art.108 da Lei de Execução Penal.

medidas. Trata-se da reafirmação da garantia individual da liberdade que deve existir para todas as pessoas, independentemente de sua condição, salvo as exceções legais.

154. A exemplo do que ocorre com o procedimento executivo das penas privativas da liberdade, a guia de internamento ou tratamento ambulatorial contém as indicações necessárias à boa e fiel execução fiscalizada pelo Ministério Público, que deverá manifestar a ciência do ato no próprio documento. (BRASIL, art. 183 e art. 184 da LEP).

O art.43 da LEP prevê a possibilidade do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial contratar médico pessoal de sua confiança, ou seja, é garantida a liberdade ao internado ou do submetido a tratamento ambulatorial de contratar médico de sua confiança pessoal, por seus familiares ou dependentes, a fim de orientar e acompanhar o tratamento médico, assegurando que as divergências ocorridas entre o médico oficial e o médico particular serão resolvidas pelo juiz da execução. Assevera Mirabete (2007, p. 132) que:

Várias são as razões que aconselham a interferência no tratamento do internado por pessoa alheia ao sistema penitenciário: a maior confiança do internado em médico por ele ou por seus familiares contratado, o que favorece o processo de cura; a condição pessoal do internado, mais indefeso do que o preso com relação a eventuais abusos, a deficiência notória dos estabelecimentos psiquiátricos em termos de elementos humanos especializados e de material adequado etc.

O legislador na Exposição de Motivos da LEP esclarece sobre a necessidade da verificação do estado de periculosidade

156. Findo o prazo mínimo de duração da medida de segurança, detentiva ou não detentiva, proceder-se-á à verificação do estado de periculosidade. Trata-se, em tal caso, de procedimento *ex officio*. A decisão judicial será instruída com o relatório da autoridade administrativa, laudo psiquiátrico e diligências. O Ministério Público e o curador ou defensor do agente serão necessariamente ouvidos, exigência que caracteriza a legalidade e o relevo de tal procedimento. (BRASIL, Art. 43 da LEP).

Em 1958, com a expedição de uma circular na França, foram buscadas respostas às seguintes perguntas: "O acusado apresenta alguma periculosidade? É acessível à sanção penal? É curável ou readaptável?". Tais questionamentos, na visão de Foucault (2009, p. 25) visam analisar a necessidade, utilidade e possível eficácia da pena aplicada ao doente mental que cometeu crime, "[...] se é melhor o



hospício que a prisão, se é necessário prever um enclausuramento breve ou longo, um tratamento médico ou medidas de segurança."

Prevê a lei que a autoridade administrativa, até um mês antes de expirar o prazo de duração da medida, remeterá ao juiz minucioso relatório instruído com laudo psiquiátrico que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida (art.175 da LEP). O laudo psiquiátrico "deve ser elaborado, de preferência, pela equipe médica que cuidou do paciente durante o cumprimento da medida de segurança até o momento do exame." (MIRABETE, 2007, p. 759).

Esclarece também a necessidade de pesquisa sobre a condição dos internados ou dos submetidos a tratamento ambulatorial com rigor científico e desvelo humano

158. A pesquisa sobre a condição dos internados ou dos submetidos a tratamento ambulatorial deve ser estimulada com rigor científico e desvelo humano. O problema assume contornos dramáticos em relação aos internamentos que não raro ultrapassam os limites razoáveis de durabilidade, consumando, em alguns casos, a perpétua privação da liberdade. (BRASIL, Art. 175 da LEP).

Quanto aos laudos periciais no tocante ao diagnóstico discorre Mirabete (2007, p. 759) que:

É usual nos laudos de diagnóstico de uma "periculosidade" nivelada de um doente mental comum", o que significa que o paciente apresenta o mesmo índice de temibilidade daquele doente que não cometeu o ilícito penal. Entretanto, por ter praticado o fato definido como crime e apresentar periculosidade, não há que se decidir pela desinternação ou liberação.

A legislação atual prevê expressamente que, na possibilidade de em qualquer tempo, ainda que no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o juiz da execução, mediante requerimento do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade (art.176 da LEP). A legislação anterior previa apenas que somente o Tribunal determinar a antecipação do exame de verificação da cessação da periculosidade, com a supressão da instância originária e natural.

Demonstrada a importância da alteração quanto a antecipação do exame de verificação da cessação de periculosidade na Exposição de Motivos

157. Significativa é a alteração proposta ao sistema atual, no sentido de que a averiguação do estado de periculosidade, antes mesmo de expirado o prazo mínimo, possa ser levada a cabo por iniciativa do próprio juiz da execução (art. 175). Atualmente, tal investigação somente é promovida por ordem do Tribunal (CPP, art. 777) suprimindo-se, portanto, a instância originária e natural, visto que a cessação da periculosidade é procedimento típico de execução (BRASIL, arts. 175 e 777 da LEP).

Com a comprovação da cessação de periculosidade será determinada a desinternação ou a liberação, respectivamente do internado ou do submetido a tratamento ambulatorial, de forma condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade. (BRASIL, art.178 e 179 da LEP).

É permitida a substituição da pena privativa de liberdade em medida de segurança quando no curso da execução, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou da autoridade administrativa. (BRASIL, art.183 da LEP).

Na hipótese de condenação de uma pessoa em pena privativa de liberdade em um processo e lhe for aplicada uma medida de segurança em outro processo, diante da impossibilidade da execução simultânea das mesmas, o juiz da execução ao receber as correspondentes guias de recolhimento e de execução, determinar que se proceda ao exame previsto no art.175 da LEP, e verificando que o condenado não é mais portador de doença ou perturbação da saúde mental, deve submetê-lo a execução da pena. e a medida de segurança ficará extinta após o prazo de um ano depois do cumprimento da sanção.

No caso de o exame revelar que o condenado ainda é portador de doença mental, perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, mas não perigoso, poderá o juiz determinar a transferência para hospital psiquiátrico (art.108 da LEP) ou pela conversão da pena em medida de segurança, havendo a periculosidade (art.183 da LEP). (MIRABETE, 2007).

Ressalta ainda Mirabete (2007, P. 746) que:

Não faz a lei referência expressa à possibilidade da conversão do internamento em tratamento ambulatorial. Entretanto, se ao juiz da sentença é possível submeter o inimputável e o semi-imputável, que necessita de tratamento curativo, ao tratamento ambulatorial. Entretanto, se ao juiz da sentença é possível submeter o inimputável

e o semi-imputável, que necessita de tratamento curativo, ao tratamento ambulatorial quando da prática de fato previsto como crime apenado com detenção (arts.97, *caput*, 2ª parte, e 98 do CP), deve-se permitir ao juiz da execução a citada conversão. É lógica, a conclusão, pois, se o juiz que impôs a medida de segurança de internação teve como elemento para decisão o laudo de exame psiquiátrico e outros elementos dos autos do processo de conhecimento, o juiz da execução, contando com dados colhidos durante a internação (exames, informações sobre o tratamento e seus resultados etc.), pode verificar que não há mais necessidade de permanecer o paciente internado, convertendo a medida de segurança em tratamento ambulatorial.

Para Mirabete (2007, p. 746), quanto à possibilidade de conversão do internamento em tratamento ambulatorial, ela entende que é uma solução que "[...] vem ao encontro da tendência de desinstitucionalização do tratamento preconizado pela Psiquiatria moderna e adotada pela nova lei penal."

É da competência do juiz da execução a aplicação da medida de segurança, a substituição da pena por medida de segurança, a revogação da medida de segurança, a desinternação e o restabelecimento da situação anterior, o cumprimento da pena e da medida de segurança de outra comarca, zelar pelo correto cumprimento da pena e da medida de segurança. (art. 66, inciso V, alíneas "d", "e", "f", "g", e inciso VI).

Quanto ao previsto na primeira parte da alínea "d", inciso V, do Art.66, da LEP, de que o juízo da execução seria competente para aplicação da medida de segurança, há entendimento doutrinário que competente para aplicação da pena seria o juiz do processo de conhecimento, ou seja, o juiz que proferir a sentença. Sendo o juiz da execução competente para determinar o cumprimento da medida de segurança. Discorre Mirabete (2007, p. 219-220) sobre a questão.

Quanto à primeira hipótese, de aplicação da medida de segurança, exige-se melhor apreciação. Cabe ao juiz da sentença, ao reconhecer a inimizabilidade ou a "semi-imimizabilidade", a aplicação da medida de segurança (na segunda hipótese em substituição à pena se o condenado necessitar de tratamento curativo). Assim, nos termos da lei vigente, a competência para aplicação da medida de segurança não é do juiz da execução e sim do juiz da sentença. Mesmo na hipótese de lei nova mais severa, que cria ou altera a medida de segurança aplicável na espécie, não é possível a aplicação das novas regras pelo juiz da execução. Previa a lei anterior a aplicação da lei nova, vigente ao tempo de execução, mas tal disposição padecia do vício da inconstitucionalidade em face da regra de que a lei não pode prejudicar a coisa julgada (art.153, § 3º, da CF) [...] Assim, deve

entender-se que é inaplicável o disposto na primeira parte do art.66, V, d, da Lei de Execução Penal, não sendo possível ao juiz de execução aplicar medida de segurança, quer pela alteração da lei, quer por ter ocorrido omissão por parte do juiz da sentença.

Contudo, o quanto disposto na segunda parte da alínea "d", inciso V, do Art.66, da LEP, ou seja, de substituição de pena privativa de liberdade por medida de segurança na hipótese de superveniência de doença mental ou perturbação da saúde mental, é perfeitamente cabível e inclusive previsto no art.183 da LEP, *in verbis*:

**Art. 183.** Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança. (Redação dada pela Lei nº 12.313, de 2010). (BRASIL,1984).

A fiscalização da execução da medida de segurança será feita pelo Ministério Público nos termos do Art.67 da LEP, consubstanciando-se em nulidade a falta de oportunidade para a manifestação do Ministério Público.

A mobilização da classe médica há alguns anos é para que a internação seja evitada, ocorrendo apenas nos casos entendidos como mais graves, ou seja, quando o convívio da pessoa com doença mental com os seus familiares ou com a sociedade torna-se perigoso para estes e para ele próprio. (GRECO, 2007).

Na lição de Rogério Greco (2007, p. 678) "[...] independente dessa disposição legal, o julgador tem a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável, não importando se o fato definido como crime é punido com pena de reclusão ou de detenção."

O início da medida de segurança se dá quando transitada em julgado a sentença, e é ordenada a expedição de guia para a execução. Pois, ninguém será internado em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou submetido a tratamento ambulatorial, para cumprimento de medida de segurança, sem a guia expedida pela autoridade judiciária. (BRASIL,1984. Arts.171 e 172).

O prazo máximo de duração da medida de segurança- internação e tratamento ambulatorial- será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não

for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos.

Sustentam alguns doutrinadores que a medida de segurança possui caráter de sanção penal, e esta mais severa que sanção penal, uma vez que o juiz aplica a medida de segurança por tempo indeterminado, perdurando a mesma enquanto não for verificada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade, estabelecendo o prazo mínimo de aplicação de 1 (um) a 3 (três) anos.

Desta forma, a medida de segurança teria caráter perpétuo, pois ao imputável é imposta na sentença a pena com a fixação do prazo máximo, enquanto que a duração da medida de segurança dependerá da cessação de periculosidade, mediante perícia médica. E se não houver a cessação de periculosidade ficará o paciente cumprindo a medida de segurança "*ad infinitum*", o que se consubstancia em violação aos direitos e garantias fundamentais, vez que o tempo máximo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 (trinta) anos.

Discorre Rogério Greco (2007, p. 679-680) quanto ao prazo de cumprimento da medida de segurança que:

[...] Ela terá duração enquanto não for constatada, por meio de perícia médica, a chamada cessação de periculosidade do agente, podendo, não raras vezes, ser mantida até o falecimento do paciente. Esse raciocínio levou parte da doutrina a afirmar que o prazo de duração das medidas de segurança não pode ser completamente indeterminado, sob pena de ofender o princípio constitucional que veda a prisão perpétua, principalmente tratando-se de medida de segurança detentiva, ou seja, aquela cumprida em regime de internação [...].

[...] Cientes de que o Estado não fornece o melhor tratamento para seus doentes, devemos deixar de lado o raciocínio teórico e ao mesmo tempo utópico de que a medida de segurança vai, efetivamente, ajudar o paciente na sua cura. Muitas vezes o regime de internação piora a condição do doente, o que justifica a edição do novo diploma legal que proíbe a criação de novos manicômios públicos. Contudo, a situação não é tão simples assim. Casos existem em que o inimputável, mesmo após longos anos de tratamento, não demonstra qualquer aptidão ao retorno ao convívio em sociedade, podendo-se afirmar, até, que a presença dele no seio da sociedade trará riscos para sua própria vida.

Para Cezar Roberto Bitencourt (2012, p. 943):

[...] não se pode ignorar que a Constituição de 1988 consagra, como uma de suas cláusulas pétreas, a proibição de prisão perpétua; e, como *pena e medida de segurança* não se distinguem ontologicamente, é lícito sustentar que essa previsão legal – vigência por prazo indeterminado da medida de segurança – não foi recepcionada pelo atual texto constitucional.

Prevedo a legislação, inclusive, a unificação das penas para atender o limite máximo, quando o agente for condenado a penas privativas de liberdade cuja soma seja superior a 30 (trinta) anos. Ressalte-se, que esta limitação tem por base a vedação constitucional de prisão perpétua (Art.5º, inciso XLVII, alínea "b", da CF/88).

Afirma Cezar Roberto Bitencourt (2012, p. 843) que:

Pode-se, assim, atribuir, indiscutivelmente, o caráter de perpetuidade a essa espécie de resposta penal, ao arrepio da proibição constitucional, considerando-se que *pena e medida de segurança* são duas espécies do gênero sanção penal (conseqüências jurídicas do crime). Em outros termos, a lei não fixa o prazo máximo de duração, que é indeterminado (enquanto não cessar a periculosidade), e o prazo mínimo estabelecido, de um a três anos, é apenas um marco para a realização do primeiro exame de verificação de cessação de periculosidade, o qual, via de regra, repete-se indefinidamente.

Na abordagem de Celso Delmanto, é perceptível sua defesa em favor de um tratamento adequado aos pacientes com transtorno mental

Diante do direito ao respeito à dignidade do ser humano, seja qual for a sua condição mental (CR, art.1º, III), bem com em face do fato da sanção penal afliativa da medida de segurança, nos termos do § 1º do art.97 do CP, poder em tese, acabar sendo *perpétua* (cf., acima, o precedente do STF em sentido contrário, impondo o limite de trinta anos), há que ser ter redobrado cuidado e atenção quanto ao tratamento dispensado a essas pessoas, sobretudo internadas. É que, se o tratamento não for o adequado, as perícias médicas periódicas do art 176 da LEP resultarão, reiteradamente, negativas. Nesses termos, se a sanção terapêutico-penal se mostrar ineficaz, há que se questionar se é a doença do paciente efetivamente incurável ou, então, se é o Estado que está sendo ineficiente. Isto se faz necessário para se combater eventual acomodação estatal em não efetuar todos os esforços para que a medida de segurança seja *realmente terapêutica*, sobretudo diante dos tratamentos de ponta da psiquiatria, com abordagens e drogas modernas, que poderiam acreditamos, ser eficazes para uma significativa parcela de pacientes. (DELMANTO, 2010, p. 366).

Na lição de Mirabete (2010, p. 350):

Porque a indeterminação do prazo da medida de segurança pode ensejar a violação à garantia constitucional que proíbe que penas de caráter perpétuo (art.5º, XLVII, da CF), a ela deve ser estendido o limite fixado no art.75 do CP, que fixa em 30 anos o tempo máximo de cumprimento da pena privativa de liberdade.

Atualmente o entendimento do STJ e STF é no sentido de que a medida de segurança não pode ter tempo de duração que ultrapasse o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, ou seja, a duração da medida de segurança não pode ultrapassar 30 anos. Senão vejamos os julgados do Supremo Tribunal Federal, a seguir transcritos:

MEDIDA DE SEGURANÇA - PROJEÇÃO NO TEMPO - LIMITE. A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos. (HC 84219, Relator (angel): Min. MARCO AURÉLIO, Primeira Turma, julgado em 16/08/2005, DJ 23-09-2005 PP-00016 EMENT VOL-02206-02 PP-00285).

EMENTA: PENAL. EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. RÉU INIMPUTÁVEL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRESCRIÇÃO. INOCORRÊNCIA EXTINÇÃO DA MEDIDA, TODAVIA, NOS TERMOS DO ART. 75 DO CP. PERICULOSIDADE DO PACIENTE SUBSISTENTE. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, NOS TERMOS DA LEI 10.261/01. WRIT CONCEDIDO EM PARTE. I - Não há falar em extinção da punibilidade pela prescrição da medida de segurança uma vez que a internação do paciente interrompeu o curso do prazo prescricional (art. 117, V, do Código Penal). II - Esta Corte, todavia, já firmou entendimento no sentido de que o prazo máximo de duração da medida de segurança é o previsto no art. 75 do CP, ou seja, trinta anos. Precedente. III - Laudo psicológico que, no entanto, reconheceu a permanência da periculosidade do paciente, embora atenuada, o que torna cabível, no caso, a imposição de medida terapêutica em hospital psiquiátrico próprio. IV - Ordem concedida em parte para extinguir a medida de segurança, determinando-se a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.261/01, sob a supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente. (HC 98360, Relator: Min. RICARDO LEWANDOWSKI, Primeira Turma, julgado em 04/08/2009, DJe-200 DIVULG 22-10-2009 PUBLIC 23-10-2009 EMENT VOL-02379-06 PP-01095).

Vejamos alguns do Superior Tribunal de Justiça:

HABEAS CORPUS. PENAL. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO INDETERMINADO. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITE DE DURAÇÃO. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. PRINCÍPIOS DA ISONOMIA E DA PROPORCIONALIDADE. ORDEM CONCEDIDA.

1. A Constituição Federal veda, em seu art. 5º, inciso XLII, alínea b, penas de caráter perpétuo e, sendo a medida de segurança espécie do gênero sanção penal, deve-se fixar um limite para a sua duração.

2. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade.

3. Ordem concedida para declarar extinta a medida de segurança aplicada em desfavor da paciente, em razão do seu integral cumprimento. (Processo nº HC 121877/RS. HABEAS CORPUS 2008/0261757-2. Relator (a): Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA. Órgão Julgador: T6 - SEXTA TURMA. Data do julgamento: 29/06/2009. Data de publicação/Fonte: DJe 08/09/2009).

HABEAS CORPUS. PENAL. EXECUÇÃO PENAL. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO INDETERMINADO. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITE DE DURAÇÃO. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. PRINCÍPIOS DA ISONOMIA E DA PROPORCIONALIDADE. ORDEM CONCEDIDA.

1. A Constituição Federal veda, em seu art. 5º, inciso XLII, alínea b, penas de caráter perpétuo e, sendo a medida de segurança espécie do gênero sanção penal, deve-se fixar um limite para a sua duração.

2. O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, à luz dos princípios da isonomia e da proporcionalidade.

3. Ordem concedida para declarar extinta a medida de segurança aplicada em desfavor do paciente, em razão do seu integral cumprimento. ((Processo nº HC 128738/RS HABEAS CORPUS. 2009/0011864-7. Relator(a): Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA. Órgão Julgador: T6 - SEXTA TURMA. Data do julgamento: 19/11/2009. Data de publicação/Fonte: DJe 07/12/2009 RT vol. 894 p. 562).

MEDIDA DE SEGURANÇA (PRAZO INDETERMINADO). LIMITE DE DURAÇÃO (PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRACTO). PRINCÍPIOS DA ISONOMIA E DA PROPORCIONALIDADE (APLICAÇÃO).

1. A internação em hospital de custódia e tratamento ambulatorial, a despeito de não caracterizar pena, impõe ao custodiado limitações à sua liberdade em razão da prática de fato definido como crime. Dessa forma, à luz do disposto no art. 5º, XLVII, b, da Constituição,



que afirma que "não haverá penas de caráter perpétuo", deve-se buscar um limite temporal máximo para a execução da medida de segurança.

2. Agravo regimental improvido. (Processo AgRg no REsp 958332/DF, AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL 2007/0129288-0. Relator: Ministro NILSON NAVES. Órgão Julgador: T6 - SEXTA TURMA. Data do julgamento. 11/12/2009. Data de publicação/Fonte: DJe 03/05/2010)

EXECUÇÃO PENAL. HOMICÍDIO. PACIENTE INIMPUTÁVEL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. PRAZO. LIMITAÇÃO. MÁXIMO DA PENA ABSTRATAMENTE COMINADA AO DELITO.

1. Levando em conta o preceito segundo o qual "não haverá penas de caráter perpétuo" (art. 5º, XLII, b, da CF) e os princípios da isonomia e da proporcionalidade, a Sexta Turma adotou o entendimento de que o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

2. No caso, o paciente iniciou o cumprimento da segunda internação em 11/2/1985, pela prática do delito previsto no art. 121, caput, do Código Penal, cuja pena máxima é de 20 anos. À época do indulto concedido na origem (2/7/2009), cuja decisão está pendente de análise pelo Tribunal a quo, já tinham decorrido mais de 24 anos de segregação social, patente, portanto, o constrangimento ilegal.

3. Ordem concedida para declarar o término do cumprimento da medida de segurança imposta ao paciente. (Processo HC 174342/RS. HABEAS CORPUS nº 2010/0096838-9.. Relator: Ministro SEBASTIÃO REIS JÚNIOR. Órgão Julgador: T6 - SEXTA TURMA. Data do julgamento. 11/10/2011. Data de publicação/Fonte: DJe 14/11/2011)

RECURSO ESPECIAL PENAL. HOMICÍDIO QUALIFICADO. INIMPUTÁVEL. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. PRETENSÃO MINISTERIAL DE AFASTAR A LIMITAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA IMPOSSIBILIDADE. LIMITE DE DURAÇÃO. PENA MÁXIMA ABSTRATAMENTE COMINADA AO DELITO E PRAZO DE 30 ANOS PREVISTO NO ART. 75 DO CÓDIGO PENAL. RECURSO DESPROVIDO.

1. Nos termos do atual posicionamento desta Corte, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia e da razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado à pena máxima abstratamente cominada ao delito perpetrado ou ao limite de 30 (trinta) anos estabelecido no art. 75 do Código Penal, caso o máximo da pena cominada seja superior a este período.

2. O Supremo Tribunal Federal, ao examinar a controvérsia, manifestou-se no sentido de que a medida de segurança deve obedecer a garantia constitucional que veda as penas de caráter perpétuo, nos termos do art. 5.º, XLVII, alínea b, da Constituição da República, aplicando, por analogia, o limite temporal de 30 (trinta) anos previsto no art. 75 do Código Penal.

3. Recurso especial desprovido. (Processo nº REsp 964247/DF. RECURSO ESPECIAL 2007/0144305-1. Relator (a): Ministra LAURITA VAZ. Órgão Julgador: TS QUINTA TURMA. Data do julgamento: 13/03/2012. Data de publicação/Fonte: DJe 23/03/2012).

Na lição de Cezar Roberto Bitencourt (2012, p. 844):

Assim, superado o lapso temporal correspondente à pena cominada à infração imputada, se o agente ainda apresentar sintomas de sua enfermidade mental, não será mais objeto do sistema penal, mas um problema de saúde pública, devendo ser removido e tratado em hospitais de da rede pública, como qualquer outro cidadão normal. Na verdade, a violência e a desumanidade que representam o cumprimento de medida de segurança no interior dos fétidos manicômios judiciais, eufemisticamente denominados hospitais de custódia e tratamento, exigem uma enérgica tomada de posição em prol da dignidade humana, fundada nos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade assegurados pela atual Constituição Federal.

Diverge Guilherme de Souza Nucci quanto a ser inconstitucional o prazo indeterminado da medida de segurança e o seu caráter perpétuo:

[...] há quem sustente ser inconstitucional o prazo indeterminado para a medida de segurança, pois é vedada a pena de caráter perpétuo – e a medida de segurança, como se disse, é uma *forma* de sanção penal –, além do que o imputável é beneficiado pelo limite das suas penas em 30 anos (art.75, CP) [...] Não nos parece assim, pois, além de a medida de segurança não ser pena, deve-se fazer uma interpretação restritiva do art.75 do Código Penal, muitas vezes fonte de injustiças. Como já exposto em capítulo anterior, muitos condenados a vários anos de cadeia estão sendo interditados civilmente, para que não deixem a prisão, por serem perigosos, padecendo de enfermidades mentais, justamente porque atingiram o teto fixado pela lei (30 anos). Ademais, apesar de seu caráter de sanção penal, a medida de segurança não deixa de ter o propósito curativo e terapêutico. Ora, enquanto não for devidamente curado, deve o sujeito submetido à internação permanecer em tratamento, sob custódia do Estado. Seria demasiado apego à forma, transferi-lo de um hospital de custódia e tratamento criminal para outro, onde estão abrigados insanos interditados civilmente, somente porque foi atingido o teto máximo da pena correspondente ao fato criminoso praticado, como alguns sugerem, ou o teto máximo de 30 anos, previsto no art.75, como sugerem outros. (NUCCI, 2007, p. 482).

Aplicada a medida de segurança realizar-se-á a perícia médica ao final do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo

mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, nos termos do Art. 97, § 2º, do Código Penal.

Verificada a cessação de periculosidade, por meio da perícia médica, o juiz da execução determinará a desinternação (do agente internado) ou a liberação (do agente submetido ao tratamento ambulatorial), em caráter condicional, com a aplicação das condições próprias do livramento condicional. (DELMANTO, 2010).

Mirabete entende que mesmo superado o prazo da internação não gera o direito do internado ser solto se não averiguada a cessação da periculosidade, senão vejamos:

Os prazos fixados na lei não são fatais ou improrrogáveis, não se permitindo ao submetido a medida de segurança detentiva retorno ao convívio social enquanto não realizada perícia para averiguação da cessação de periculosidade. A superação do prazo não gera ao internado o direito de ser solto e muito menos a presunção de que cessou a sua periculosidade (MIRABETE, 2007, p. 756).

Considerando o caráter condicional da desinternação ou da liberação, poderão estas serem restabelecidas a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade, nos termos do § 3º do Art.97 do Código Penal. Logo, se durante o decurso de um ano, não houver a prática de fato indicativo de persistência de periculosidade do desinternado ou liberado, será a medida de segurança definitivamente extinta.

A cessação de periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte: a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida; o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico; juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um; o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver; o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança, as partes ou realizadas as

diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias. (Art.175 da LEP).

Para Mirabete (2007, p. 748):

[...] tem-se entendido que a falta de vaga, pela desorganização, omissão ou imprevidência do Estado-Administração, não justifica o recolhimento na Cadeia Pública, lesando-se, assim, direito individual. Nessa hipótese, como na de inexistência do hospital de custódia, o internado deve ser destinado a outro instituto ou sanatório que, além do tratamento adequado, possa assegurar a custódia por parte da Administração Pública

Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. Abrange qualquer causa de extinção de punibilidade. Também não se aplica também a medida de segurança nas hipóteses de exclusão de ilicitude. (Art.96, parágrafo único, do Código Penal).

Sobre prescrição discorre Delmanto (2010, p. 403):

[...] prevê o legislador o instituto da *prescrição*, o qual impõe delimitação temporal para o exercício do poder punitivo estatal, fazendo-o *desaparecer*, em relação a determinados fatos, com o decurso do tempo. Em outras palavras, *faz desaparecer a punibilidade do fato*. O instituto da prescrição, outrossim, é fundamental em um Estado de Direito Democrático, por várias razões, dentre as quais a. confere *segurança jurídica* ao cidadão, vedando seja ele perseguido criminalmente por tempo indeterminado, b. impõe ao Estado que *efetivamente se movimente* em sua atividade jurisdicional, em prol da sociedade; c. com o decurso do tempo, a pena perde sua finalidade retributiva, preventiva e ressocializadora.

Na definição de Damásio de Jesus (2013, p. 763): "Prescrição penal, num conceito preliminar, é a extinção do direito de punir do Estado pelo decurso do tempo. Preferimos dizer que a prescrição penal é a perda da pretensão punitiva ou executória do Estado pelo decurso do tempo sem o seu exercício".

Ressalta Delmanto (2010, p. 362) que:

Caso se considere o prazo máximo previsto no art.109 do CP em relação à pena prevista para os imputáveis que cometam o mesmo crime, estar-se-á tratando, com maior rigor, o doente mental do que o criminoso que tem plena consciência do seu ato e capacidade de se autodeterminar de acordo com esse entendimento.

Para Damásio de Jesus (2013, p. 763-764):

Nos termos do Art.107, IV, 1ª figura, do CP, a prescrição constitui causa de extinção da punibilidade. A prescrição faz desaparecer o direito de o Estado exercer o *jus perseguendi in judicio* ou o *jus punitiois*, subsistindo o crime em todos os seus requisitos. Se a prescrição ocorre depois do trânsito em julgado da sentença condenatória, esta subsiste com seus efeitos secundários, como, p.ex., o de forjar a reincidência. Se a prescrição ocorre antes do trânsito em julgado da sentença final, vindo o sujeito a cometer novo crime, não é considerado reincidente, pois falta o pressuposto da recidiva (sentença condenatória anterior ao trânsito em julgado).

O art.167 da LEP prevê a suspensão da execução da pena de multa quando sobrevier ao condenado doença mental nos termos do art.52 do Código Penal. Segundo Mirabete (2007, p. 729-730):

Os dispositivos alcançam tanto o condenado que está cumprindo pena privativa de liberdade como aquele que se encontra em liberdade. Estando sujeito a pena privativa de liberdade, o condenado deverá ser transferido para hospital de custódia e tratamento penitenciário ou opera-se a conversão em medida de segurança.

Com o advento da Lei antimanicomial entendem alguns doutrinadores é considerando que o § 2º do art.97 do Código Penal usa a expressão a "qualquer tempo", poderá o juiz da execução antes mesmo do prazo mínimo fixado na sentença determinar o exame para verificação da cessação de periculosidade.

## 2.2 FAMÍLIA E MEDIDA DE SEGURANÇA

Necessário esclarecer de que família se está falando, com uma breve explanação sobre as características e conceituações atuais de família, a fim de se compreender a extensão desta, compreendida na contemporaneidade como entidade de proteção da pessoa humana. Sobre a família do novo milênio, Coltro e outros afirmam que, diferente da família do passado, esta:

[...] é agora plural, isonômica e eudemonística, em contraposição àquela singular, hierárquica e transpessoal.", o que significa dizer que o Estado reconhece e protege outros modos e formas de família, e não mais somente aquele centrado no casamento. (COLTRO e outros, 2008, p. 54).

Existem também as famílias monoparentais que são aquelas em a entidade familiar tem o núcleo formado por pessoas sozinhas (solteiros, descasados, viúvos) que vivem com seus filhos sem a presença de um parceiro afetivo. (FARIAS e ROSENVALD, 2009).

Dentre as diretrizes estabelecidas no relatório produzido pela Organização Mundial de Saúde (2001) intitulado "Saúde Mental, nova concepção, nova esperança", está a que consiste na inclusão da comunidade, das famílias e dos utentes na formulação e na tomada de decisões sobre políticas, programas e serviços de saúde mental.

Nas discussões sobre as políticas públicas sobre um novo modelo de atenção à saúde, a família vem ocupando um espaço de destaque, pois tem participação ativa na implantação do projeto terapêutico da pessoa com sofrimento psíquico (MORENO e ALENCASTRE, 2003).

Porém, a família nem sempre foi vista desta forma, nos primórdios da psiquiatria, era considerada como uma das causas do transtorno mental e excluída do acompanhamento ao doente psíquico, cujo tratamento era de responsabilidade do asilo e do médico. Esse era o modelo da Escola Francesa que foi o utilizado no Brasil para a organização da assistência psiquiátrica, com o banimento da família no tratamento do doente mental. (MORENO e ALENCASTRE, 2003).

Nesse contexto, a família não assumia um lugar privilegiado no tratamento do parente doente mental, muitas vezes sendo parcialmente responsabilizada pela doença de seu parente, outras vezes sendo considerada o próprio foco originário do transtorno, pensamento que legitimava o internamento em hospitais psiquiátricos e o isolamento do sujeito. (PINHO e outros, 2010).

Já MACIEL e outros (2011, p. 196) acrescentam que:

No que se refere à mídia, ela propaga os conteúdos científicos da psiquiatria, mas o faz de maneira seletiva, de forma a atender aos seus ensejos mais amplos. Tanto na mídia escrita quanto na mídia televisada, pode-se constatar a propagação do doente mental enquanto ser agressivo, improdutivo e excluído.

Isso também é responsável por perpetuar estereótipos sociais que enxergam a loucura como um potencial limitante da vida e um perigo social, um problema que

a família não está preparada para resolver e deve se afastar para permitir o tratamento. (PINHO e outros, 2010).

Discorre Melman (2008, p. 15-16) sobre a questão assinalando que:

Os familiares precisam de ajuda, e muita. Infelizmente, os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida ainda são desrespeitados, não são devidamente escutados, são vítimas de preconceitos, responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas.

A família, portanto, passa a ser protagonista no tratamento, na medida em que representa o elo de ligação do louco com a sociedade, por meio dos laços de afetividade que os une. Na letra de Pinho e outros (2010, p. 59) "Se no contexto manicomial a família é deslocada para fora do tratamento, no contexto da reforma psiquiátrica ela passa a ser entendida como o cenário fundamental da recuperação do sujeito em sofrimento mental."

Nessa nova fase do tratamento psiquiátrico, a valorização do vínculo familiar eleva a família a parceira ativa na luta contra as adversidades impostas pelo transtorno mental, o que, sem dúvida, representa uma importante mudança de paradigma na luta antimanicomial. Partindo para um novo olhar no tratamento e na consciência da sociedade, especialmente dos familiares e profissionais de saúde, assevera Dimenstein (2004, p. 113):

Humanizar, portanto, implica compromisso com a pluralidade de forças que compõem a vida. Volta-se para o enfraquecimento da lógica social hegemônica que visa à produção de sujeitos como identidades privatizadas, hedonistas, massificadas pelo consumo. Aponta, também, para o fortalecimento de uma ética comprometida com a invenção de novos modos de vida, com a desmontagem de uma sociabilidade ancorada no medo, na impotência, na redução dos espaços de circulação e de enfrentamento dos dispositivos montados para reforçar cotidianamente a exclusão social, a intolância e a discriminação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se que crime e loucura estão presentes na vida do homem desde os primórdios da civilização.

Necessário se faz citar uma das obras do escritor Machado de Assis, cuja produção literária relata os eventos políticos e sociais da sua época, na qual se encontra uma descrição da sociedade do século XIX e do início do século XX.

O alienista, conto incorporado ao livro de contos "Papéis Avulsos", publicado em 1882, cujo cerne consubstancia-se no liame entre a sanidade e a loucura, pode ser visto como uma "imitação" do cientificismo da época.

A história se passa na cidade de Itaguaí, para a qual se muda Simão Bacamarte, médico conceituado em Portugal e na Espanha, que se interessa pela psiquiatria e inicia um estudo sobre a loucura e seus diversos graus, classificando-os. Constrói um hospício, o qual o denomina de "Casa Verde", em alusão à cor das janelas da casa, para abrigar e tratar todos os loucos de Itaguaí, e das demais vilas e cidades vizinhas. (ASSIS, 2014).

Contudo, em sua busca para fixar um parâmetro de normalidade ele acaba por desestruturar a comunidade local, quando começa a internar na instituição pessoas aparentemente sãs. Em dado momento da história Simão Bacamarte faz uma inversão dos papéis e determina que os sãos é que são loucos e que os loucos são saudáveis.

A instituição fica vazia, em menos de um ano, e Simão Bacamarte conclui que é louco e decide se internar para curar sua insanidade, reunindo, segundo ele, "teoria e prática" a fim de demonstrar sua tese sobre a loucura. (Idem).

Percebe-se, neste conto, a preocupação do protagonista da história, o médico Simão Bacamarte, em compreender a fronteira existente entre a razão e a loucura, ou seja, entender as pessoas com distúrbios mentais, refletindo a preocupação da sociedade à época.

Esse exemplo ficcional ilustra a forma como a loucura foi sendo interpretada ao longo dos anos, em diferentes contextos históricos e culturais.



Hoje, as pessoas com transtorno mental possuem direitos garantidos pela Lei e os antigos manicômios, como a "Casa Verde" do personagem Simão Bacamarte, fazem parte da nossa história pregressa.

Ressalte-se que existem muitos questionamentos sobre a Reforma Psiquiátrica, a exemplo, da transferência dos cuidados com a pessoa com transtorno mental para a família e a sociedade.

O Estado busca se desonerar de tal responsabilidade, sob o argumento de que o convívio familiar contribui no tratamento. Contudo, a família necessita do suporte estatal.

É com o apoio dos CAPS's que o indivíduo com transtorno mental têm acesso a um tratamento mais adequado às suas necessidades e o sistema penitenciário busca oferecer, através dos HTCP's, uma internação que garanta a efetiva aplicação dos seus direitos.

Mas, há uma corrente de pensadores que se opõe a essa visão otimista sobre a Reforma Psiquiátrica, e o presente trabalho vem ao encontro de um esforço reflexivo que analisa a sustentação legal de todo o debate.

Verifica-se que caminhos ainda precisam ser percorridos para a efetivação dos direitos estabelecidos pela legislação garantidora dos direitos do doente mental, embora com a Reforma Psiquiátrica buscou-se instituir um novo sistema legal de proteção e garantias dos direitos fundamentais da pessoa com transtorno mental, pautado não mais no modelo hospitalocêntrico, mas na descentralização do tratamento, através de redes alternativas e integrais de cuidado, valorizando, especialmente, a ação unificada dos profissionais de saúde e da família.

A Declaração Universal dos Direitos da Humanidade (ONU, 1948) considera em seu preâmbulo que "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."

A dignidade como fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. Prevê, ainda, que todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos (Artigo I), ou seja, a dignidade é inerente a todo ser humano. (ONU, 1948).

É a eterna busca do ser humano pelo bem comum, ou seja, a necessidade de criação de condições que propiciem a cada ser humano e a cada grupo social a consecução de seus fins particulares. (DALLARI, 2009).

A motivação para a escolha do tema partiu da necessidade de se discutir, no âmbito jurídico, as mudanças ocorridas na legislação, que possibilitaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil, contemplando as inovações positivas, identificando os pontos negativos e o que precisa ser feito para que a reforma seja de fato implementada em sua completude e complexidade.

Logo, no esforço de contribuir para a ampliação do estoque de estudos científicos no âmbito da pós-graduação *stricto sensu* nacionalmente reconhecida, adita-se à produção da comunidade acadêmico-jurídica o presente estudo, para que temas como esse passem a ganhar a percepção e a sensibilidade discursiva das ciências jurídicas.

A iniciativa dessa pesquisa busca contribuir de alguma forma no repensar estratégias de reforço da intervenção legislativa, executiva e judiciária de aperfeiçoamento das ações antimanicômias, com vista a efetivar as diretrizes estabelecidas na letra fria da lei.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Márcia Cristina Maciel de. **Vivências da Psicose, do Crime e da Internação no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia**. 2011. Disponível em: <<http://www.ppgcs.ufba.br/site/db/trabalhos/2532013100450.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental, formação e crítica**. organizado por Paulo Amarante e Leandra Brasil da Cruz. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR – manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 1994. Disponível em: <[http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm\\_cid/dsm.php](http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

ASSIS, Machado de. **Helena**. 5ª ed.. Editora: Civilização Brasileira: 1975. Universidade do Texas. Digitalizado em 23 set. 2008. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books/about/Helena.html?id=NVEtAAAAYAAJ&redir\\_esc=y](http://books.google.com.br/books/about/Helena.html?id=NVEtAAAAYAAJ&redir_esc=y)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

ASSIS, Machado de. **O Alienista** (1982). [Ed. Especial]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2014. (Saraiva de bolso).

AZEVEDO, Marcelo André de. **Coleção sinopses para concursos**. Direito Penal. Parte Geral. Salvador: Jus Podivm, 2010.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: parte geral 1 - 17. ed**. Rev., ampl. e atual. de acordo com a Lei n. 12.550, de 2011. São Paulo: Saraiva, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça **Projeto estimula família a resgatar paciente psiquiátrico de hospitais.** Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/23556-projeto-estimula-familia-a-resgatar-paciente-psiquiatrico-de-hospitais>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988** <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830. Código Criminal.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

BRASIL. **Decreto nº. 82, de 18 de julho de 1841.** Disponível em: <[www2.camara.leg.br/.../1824.../decreto-82-18-julho-1841-561222-publi...](http://www2.camara.leg.br/.../1824.../decreto-82-18-julho-1841-561222-publi...)>. Acesso em: 6 de jul. 2013.

BRASIL. **Decreto nº: 1077 de 4 de Dezembro de 1852** Disponível em <[legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=67303](http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=67303) >. Acesso em: 6 de jul. 2013.

BRASIL. **Decreto nº. 142 A de 11 de janeiro de 1890.** Disponível em: <[www2.camara.leg.br/.../decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicac..](http://www2.camara.leg.br/.../decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicac..)>. Acesso em 6 de jul. 2013.

BRASIL. **Decreto nº. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890.** Disponível em: <[www2.camara.leg.br/.../decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-norm...](http://www2.camara.leg.br/.../decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-norm...)>. Acesso em: 06 jul.2013.

BRASIL. **Decreto nº. 847 de 11 de outubro de 1890.** Código Penal da República dos Estados Unidos do Brazil. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/>



BRASIL. **Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-ei/del3689compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-ei/del3689compilado.htm)>. Acesso em: 04 jul. 2014.

BRASIL. **Exposição de Motivos da Lei de Execução Penal.** Exposição de Motivos 213 de 9 de maio de 1983/ organização Luiz Flávio Gomes. 11. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

BRASIL. **Lei nº 180 de 13 de maio de 1980 (Lei Basaglia).** Disponível em: <[www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf](http://www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf)>. Acesso em: 03/07/2014.

BRASIL. **Lei nº 7.209 de 11 de julho de 1984.** Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1980-1988/l7209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm)>. Acesso em: 08 jun.2013.

BRASIL. **Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. Lei de Execução Penal.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)>. Acesso em: 08 jun.2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 04 jul 2014.

BRASIL. **Portaria/SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991.** Disponível em: <[www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pd](http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pd)>. Acesso em: 04 jul.2014.

BRASIL. **Decreto 678 de 06 de novembro de 1992. Pacto de San Jose da Costa Rica.** Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D0678.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D0678.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2013.

BRASIL. **Lei 10.216/2001. Lei Antimanicomial.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 04 mai. 2013.

BRASIL. **Decreto de 28 de maio de 2003.** Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/dnn/2003/Dnn9890.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/dnn/2003/Dnn9890.htm)>. Acesso em: 02 jul. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação Básica de Saúde Mental.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?>>. Acesso em: 02 jun.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 366/ GM de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 06 jul.2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 189 de 20 de março de 2002.** Disponível em: [www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf) >. Acesso em: 06 jul.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005.** Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL Supremo Tribunal Federal. **HABEAS CORPUS nº 84219 da Primeira Turma do STF de 16 de agosto de 2005** Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **HABEAS CORPUS nº 98.360 da Primeira Turma do STF de 04 de agosto de 2009.** Disponível em:<<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=604609>> Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **HABEAS CORPUS nº 2008/0261757-2 da Sexta Turma do STJ de 08 de setembro de 2009**. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre\\_Documento.asp?sSeq=898302&sReg=200802617572&sData=20090908&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=898302&sReg=200802617572&sData=20090908&formato=PDF)>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **HABEAS CORPUS nº 2009/0011864-7 da Sexta Turma do STJ de 07 de dezembro de 2009**. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre\\_Documento.asp?sSeq=931363&sReg=200900118647&sData=20091207&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=931363&sReg=200900118647&sData=20091207&formato=PDF)>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL nº 2007/0129288-0 da Sexta Turma do STF de 03 de maio de 2010**. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre\\_Documento.asp?sSeq=935198&sReg=200701292880&sData=20100503&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=935198&sReg=200701292880&sData=20100503&formato=PDF)>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **HABEAS CORPUS nº 2010/0096838-9 da Sexta Turma do STJ de 14 de novembro de 2011**. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre\\_Documento.asp?sSeq=1096993&sReg=201000968389&sData=20111114&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1096993&sReg=201000968389&sData=20111114&formato=PDF)>. Acesso em: 18 jun. 2013.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **RECURSO ESPECIAL nº 2007/0144305-1 da Quinta Turma do STJ de 23 de março de 2012**. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre\\_Documento.asp?sSeq=1129981&sReg=200701443051&sData=20120323&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/revistaeletronica/Abre_Documento.asp?sSeq=1129981&sReg=200701443051&sData=20120323&formato=PDF)>. Acesso em: 18 jun. 2013.



CAPES. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Disponível em: < <https://www.capes.gov.br/> >. Acesso em: 14 dez. 2014.

COLTRO, Antônio Carlos Mathias. RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. TEIXEIRA, Ana Carolina Brochardo. **Problemas da Família no Direito**. São Paulo: Editora Del Rey, 2008.

COSTA, Augusto César de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. 2001. Disponível em: < [www.mp.pe.gov.br/](http://www.mp.pe.gov.br/) >. Acesso em: 30 mai. 2013.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de teoria geral do Estado**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

D'AMBROSIO, Ubiratan. **Transdisciplinaridade**. 2ª ed. São Paulo: Editora Palas Athena, 2001.

DELMANTO, Celso. DELMANTO, Roberto. DELMANTO JÚNIOR, Roberto. DELMANTO, Fábio Machado de Almeida. **Código Penal comentado: acompanhado de comentários, jurisprudência, súmulas em matéria penal e legislação complementar**. 8. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2010.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**./ Manuel Desviat; tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DIMENSTEIN, Magda. **A Reorientação da Atenção em Saúde Mental: sobre a qualidade e humanização da assistência**. 2004. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000400013&script=sci\\_arttext&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000400013&script=sci_arttext&lng=es) >. Acesso em: 04 mai. 2013.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. 14. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

FARIAS, Cristiano Chaves de. ROSENVALD, Nelson. **Direito das Famílias**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir. História da violência nas prisões.** 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault; tradução de Denize Lezan de Almeida. 9ª reimpressão, 2010. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

\_\_\_\_\_. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975) / Michel Foucault; tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal, volume I. Tomo II:** arts.11 ao 27. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal, parte geral. Volume I:** arts.1º ao 120. 9. ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2007.

HUNGRIA, Nelson. **Comentários ao Código Penal, volume III.** Arts.75 a 101. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1958.

JESUS, Damásio de. **Direito penal, volume 1:** parte geral. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

\_\_\_\_\_. **Direito penal, volume 1:** parte geral. 34.ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

MACIEL, Silvana Carneiro. BARROS, Daniela Ribeiro. CAMINO, Leoncio F. MELO, Juliana Rízia Félix de. **Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico.** 2011. Disponível em: <<http://www.sbponline.org.br/revista2/vol19n1/PDF/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

MARCÃO, Renato. **Curso de execução penal**. 9. ed. rev., ampl. e atual. de acordo com as Leis n.12.258/2010 (monitoramento eletrônico) e 12.313/2010 (inclui a Defensoria Pública como órgão da execução penal). São Paulo: Saraiva, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELMAN, Jonas, 1959. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3. ed. São Paulo: Escrituras Editora, 2008. (Coleção Ensaio Transversais).

MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein Meirelles ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem**. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000300013&script=sci_arttext) >. Acesso em: 28 abr. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora). DESLANDES, Suely Ferreira NETO, Cruz Otávio. GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec: 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <[www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/020811cnsmr.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/020811cnsmr.pdf).>. Acesso em: 27 jul. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <[www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/.../148-saude-mental?...portaria-sas-ms..](http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/.../148-saude-mental?...portaria-sas-ms..)>. Acesso em: 02 jun. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 147/MS, de 25 de agosto de 1994. Disponível em: <[www.saude.mg.gov.br/Documentos](http://www.saude.mg.gov.br/Documentos)>. Acesso em: 02 jun. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <[www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 02 jun. 2014.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em: <[www.mpas.gov.br/conteudoDinamico](http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico)>. Acesso em: 04 jul. 2014.

MIRABETE, Julio Fabbrini. **Execução Penal: comentários à Lei n° 7.210, de 11-7-1984**. 11. ed. rev. e atual. 7. reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

\_\_\_\_\_. FABBRINI, Renato N. **Manual de direito penal, volume 1: parte geral, arts. 1º a 120 do CP**. 26. ed. rev. e atual. até 5 de janeiro de 2010. São Paulo: Atlas, 2010.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 11ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MORENO, Vânia. ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342003000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200006)>. Acesso em: 14 abr. 2013.

NOVELINO, Marcelo. **Direito Constitucional**. 5. ed. São Paulo: Método, 2011.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código penal comentado**. 7. ed. rev., atual. e ampl. 2. tir. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

NUNES, Rizzatto. **O Princípio Constitucional da Dignidade da Pessoa Humana: doutrina e jurisprudência**/ Rizzatto Nunes. 3. ed. rev e ampli. São Paulo: Saraiva, 2010.

OMS. Relatório Mundial da **Saúde**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.2001.Disponível em:<[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2001.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**. Disponível em:<[http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm)>. Acesso em: 13 abr. 2013.

PAIVA, Kely César Martins de. LAGE, Fernando Procópio.SANTOS, Sthefania Navarro dos Santos. SILVA, Carla Ribeiro Volponi. **Competências profissionais e interdisciplinariedade no Direito: percepções de discentes de uma faculdade particular mineira**. Revista Educação e Pesquisa, São Paulo, v.37, n.2, p.355-373, mai/ago.2011.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. 1ª ed. Santo André-SP: ESETec Editores Associados, 2012.

PINHO, Leandro Barbosa de. HERNÁNDEZ, Antonio Miguel Bañon. KANTORSKI, Luciane Prado. **Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento**. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100009&script=sci_arttext)>. Acesso em: 13 abr. 2013.

RANDEMARK, Norma F. BARROS, Sônia. **A experiência das famílias sobre o cuidado terapêutico de pessoas com transtorno mental nas instituições psiquiátricas**.

2007.Disponível em:<[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c6aa723e3bb9.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c6aa723e3bb9.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2013.

SÁ, Alvino Augusto de. **Criminologia clínica e psicologia criminal**. 2. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais: 2010.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 20. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 1996.

SOUZA, Ernei de. **Reforma psiquiátrica: um grande desafio**. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n1/v5n1a04.pdf> >. Acesso em: 18 abr. 2013.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

**ANEXOS**

**ANEXO I - QUADRO RESUMIDO - RETROSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA ATINENTE À SAÚDE MENTAL**

SÉCULO XIX		
LEGISLAÇÃO	ANO	ÁREA/CONTRIBUIÇÃO
Decreto nº 82	18 de Julho de 1841	Foi fundado o Hospício de Pedro Segundo, destinado privativamente para tratamento de Alienados, ficando anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Corte.
Decreto Nº 1.077	4 de Dezembro de 1852	Aprovou e mandou executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo, com a finalidade privativa para o asilo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos.
Decreto nº 142-A	11 de Janeiro de 1890	O Hospício de Pedro Segundo foi desanexado do Hospital da Santa Casa da Misericórdia e recebeu a denominação de Hospício Nacional de Alienados.
Decreto nº 205-A	15 de Fevereiro de 1890	As instruções para Hospício Nacional de Alienados foram aprovadas, organizando a assistência médica e legal aos alienados, com o fim de socorrer "os enfermos alienados, nacionais e estrangeiros, que carecerem do auxílio público, bem assim os que mediante determinada contribuição derem entrada em seus hospícios."
SÉCULO XX		
LEGISLAÇÃO	ANO	ÁREA/CONTRIBUIÇÃO
Decreto nº. 1.132	22 de Dezembro de 1903	Reorganizou a assistência aos alienados e previa em seu art.1º que o indivíduo que compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas, por moléstia mental, congênita ou adquirida, seria "recolhido a um estabelecimento de alienados" e também previa no seu Art 3º a possibilidade do tratamento domiciliar.
Decreto nº. 8.634	11 de Julho de 1911	Foi autorizada a fundação pela União de colônias para ébrios habituais e epilécticos e a possibilidade de fundação de estabelecimentos particulares para o tratamento de alienados mediante prévia autorização do Ministério do Interior.
Decreto nº. 5.148-A	10 de Janeiro de 1927	Foi reorganizada a Assistência a "Psychopathas no Distrito Federal".
Decreto nº 17.605	23 de Maio de 1927	Dispôs sobre a execução dos serviços da "Assistência a Psychopathas no Distrito Federal", e a finalidade dos estabelecimentos.
Decreto nº 24.559	3 de Julho de 1934	Prevê a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, e a fiscalização dos serviços psiquiátricos.
Decreto-Lei nº 3.171	2 de Abril de 1941	Foi criado o Departamento Nacional de Saúde, subordinado ao Ministro da Educação e Saúde.
Decreto - Lei nº 8.550	3 de Janeiro de 1948	Autorizava o Ministério da Educação e Saúde a celebrar acordos com os Estados, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional.
Decreto-Lei nº 72	21 de novembro de 1968	Reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões à



		época
	19 de julho de 1973	Foi aprovado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, que consagrava os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil, privilegiava a assistência psiquiátrica oferecida sempre que possível na comunidade, com uso de recursos extra hospitalares.
Lei nº 6.036	1º de maio de 1974	Criou o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social.
Lei nº 6.439	1º de setembro de 1977	Instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, orientado, coordenado e controlado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, responsável "pela proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados" e das entidades a ele vinculadas.
Decreto nº 87.374	8 de julho de 1982	Aterou o Regulamento de Benefícios da Previdência Social.
Decreto nº 89.312	23 de janeiro de 1984	Aprovou nova Consolidação das Leis da Previdência Social.
Decreto nº 82.654	15 de maio de 1986	Instituiu no Ministério da Previdência e Assistência Social grupo de trabalho para "realizar estudos e propor medidas para reestruturação das bases de financiamento da previdência social e para reformulação dos planos de benefícios previdenciários.
Decreto nº 82.701	21 de maio de 1986	Instituiu o Conselho Comunitário da Previdência Social, associação constituída por "contribuintes e usuários dos serviços previdenciários ou por entidades sindicais, profissionais ou comunitárias com representatividade no meio social".
Lei nº 7.853	24 de Outubro de 1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde. Instituiu a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
Lei nº 8.029	12 de abril de 1990	Extinguíu o Ministério da Previdência e Assistência Social e restabeleceu o Ministério do Trabalho e da Previdência Social.
Decreto nº 89.350	27 de junho de 1990	Criou o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, mediante a fusão do IAPAS com o INPS.
Lei Nº 8.080	19 de setembro de 1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Criou o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído do conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.

Lei nº 8.142	28 de Dezembro de 1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Portaria SNAS nº 189	19 de novembro de 1991	Aprovou a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.
Portaria MS/SAS nº 224	29 de Janeiro de 1992	Dispõe sobre Diretrizes e normas de saúde mental.
Decreto nº 1.232	30 de Agosto de 1994	Regulamenta o repasse fundo a fundo. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.
Decreto nº 1.651	28 de Setembro de 1995	Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.
<b>SECULO XXI</b>		
<b>LEGISLAÇÃO</b>	<b>ANO</b>	<b>ÁREA/CONTRIBUIÇÃO</b>
Portaria nº 106	11 de Fevereiro de 2000	Instituiu os Serviços Residenciais Terapêuticos.
Lei nº 10.048	8 de Novembro de 2000	Dá prioridade de atendimento às pessoas portadoras de deficiências, os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas de crianças de colo.
Lei nº 10.216	8 de abril de 2001	É a chamada Lei Antimanicomial. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Portaria GM/MS nº 251	31 de Janeiro de 2002	Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.
Portaria n.º 336/GM	19 de fevereiro de 2002	Estabeleceu que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I (Serviço de atenção psicossocial) com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.) e CAPS III (Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes).
Portaria MS/GM n.º 373	27 de fevereiro de 2002	Aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. A Norma empôu as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.
Portaria nº 189	20 de Março de 2002	Incluiu na tabela de procedimentos do SIH-SUS os procedimentos relativos ao acolhimento de pessoas no

		Centro de Atenção Psicossocial
Decreto de 28 de maio de 2003	28 de maio de 2003	Instituiu o "Grupo" de "Trabalho" interministerial, "considerando a necessidade da construção de um plano de atenção integral ao usuário de álcool, tomando como base os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, a desinstitucionalização, a ampliação da rede de cuidados e do acesso a ela, garantindo alternativas assistenciais ambulatoriais, semi-intensivas e de âmbito comunitário".
Lei nº 10.706	31 de Julho de 2003	Instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.
Portaria GM/MS nº 52	20 de Janeiro de 2004	Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS - 2004.
Portaria nº 442	13 de Agosto de 2004	Aprova o Plano para implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS.
Portaria nº 396	07 de Julho de 2005	Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS.
Portaria nº 1.097	22 de Maio de 2006	Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 204/GM	29 de Janeiro de 2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Portaria nº 154	14 de Janeiro de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
Portaria nº 3.178	24 de Dezembro de 2008	Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão.
Portaria nº 537	23 de Abril de 2009	Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
Portaria nº 1.190	4 de Junho de 2009	Instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
Portaria nº 2.198	17 de Setembro de 2009	Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados.
Decreto nº 7.178	20 de Maio de 2010	Instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

Portaria Nº 2.641	20 de Setembro de 2010	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas – CAPS AD III.
Portaria nº 4.278	30 de Dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria Nº 3.068	23 de Dezembro de 2011	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Portaria GM 3.088	23 de Janeiro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 1.473	24 de Junho de 2011	Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde.
Decreto nº 7.508	28 de Junho de 2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
Portaria nº 2.026	24 de Agosto de 2011	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.338	3 de Outubro de 2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria nº 2.488	21 de Outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Portaria nº 2.648	7 de Novembro de 2011	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 3.086	23 de Dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 3.089	23 de Dezembro de 2011	Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (CAPS).
Portaria nº 3.090	23 de Dezembro de 2011	Estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos

		(SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências.
Portaria Nº 1.002	29 de Dezembro de 2011	Habilitar os Centros de Atenção Psicossocial, e seguir relacionados, para realizar os procedimentos previstos na Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002.
Portaria nº 121	25 de Janeiro de 2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Alcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria nº 122	25 de Janeiro de 2012	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
Portaria nº 123	25 de Janeiro de 2012	Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
Portaria nº 130	26 de Janeiro de 2012	Redefiniu o Centro de Atenção Psicossocial de Alcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
Portaria nº 131	26 de Janeiro de 2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria nº 132	26 de Janeiro de 2012	Instituiu "incentivo" financeiro "de custeio" para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 148	31 de Janeiro de 2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
Portaria nº 349	29 de Fevereiro de 2012	Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de Janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.
Portaria nº 1.306	27 de Junho de 2012	Institui o Comitê de Mobilização Social para a Rede de Atenção Psicossocial.
Portaria nº 1.615	26 de Julho de 2012	Altera a Portaria nº 148/GM/MS.
Portaria nº 757	22 de Agosto de 2012	Incentivos Redes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
Lei nº 12.764	27 de Dezembro de 2012	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 99 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

**ANEXO 2 – LEGISLAÇÃO BÁSICA DE SAÚDE MENTAL**

**(FONTE: PORTAL DA SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE)**

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.

**Instituição da Rede de Atenção Psicossocial**

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2005 – Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima

Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005 – Destina incentivo financeiro para implantação de CAPS

Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011 (republicada) – Dispõe sobre o financiamento dos CAPS – custeio

Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 (republicada) – Redefine o CAPS AD III e os incentivos financeiros

Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012 – Alteração tabela de procedimentos dos CAPS

Nota técnica sobre Portaria 854, de 22 de agosto de 2012 – Informações sobre preenchimento dos novos procedimentos dos CAPS

Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013 – Altera custeio dos CAPS 24h (CAPS III e CAPS ad III)

### **Construção de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS & Unidades de Acolhimentos - UA**

Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 - Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 2.495, de 23 de outubro de 2013 - Divulga a 1ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA)

Portaria nº 3.168, de 20 de dezembro de 2013 - Divulga a 2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA)

Portaria nº 3.402, de 30 de dezembro de 2013 – Divulga lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares

### **Unidades de Acolhimento - UA**

Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (republicada) – Institui a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS

Nota Técnica sobre a republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 – Esclarecimentos quanto ao funcionamento da Unidade de Acolhimento e modificações da republicação

Portaria nº 855, de 22 de agosto de 2012 – Inclusão de procedimentos, incentivo e custeio de Unidades de Acolhimento (UAs)

### **Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral**

Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012 – Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio

Nota Técnica sobre a Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012 – Apresenta informações sobre a implantação de leitos de saúde mental em Hospital Geral

Portaria nº 1615, de 26 de julho de 2012 – Altera a portaria nº 148 de 31/01/2012 em relação ao número de leitos e incentivo financeiro

Portaria nº 349, de 29 de fevereiro de 2012 – Altera e acresce dispositivo à Portaria nº 148 de 31/01/2012

Portaria nº 953, de 12 de setembro de 2012 – Inclui os Serviços Hospitalares de Referência para a atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

### **Estratégias de desinstitucionalização**

Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 – Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos

Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 - Altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012 – Habilitada tabela de incentivos e procedimentos dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)

Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002 – Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria)



Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 – Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações “De Volta para Casa”

Portaria nº 2644, de 28 de outubro de 2009 – Estabelece nova classificação dos hospitais psiquiátricos de acordo com o porte e reajusta incrementos

### **Componente Reabilitação Psicossocial**

Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012 – Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS)

Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 – Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social

### **Outras portarias**

Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014 – Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral.

Portaria nº 3.091, de 13 de dezembro de 2013 – Altera a Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, a Portaria nº 130/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, e a Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, e dá outras providências.

### **Legislação SUS**

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 – Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -

SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Portaria nº 1.190, 4 de junho de 2009 – Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.

Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 – Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

**ANEXO 3 – LEI 12.216/2001 “LEI ANTIMANICOMIAL”**

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

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.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. 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;

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de

transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação 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.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória, aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180ª da Independência e 113ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

*Jose Gregori*

*José Serra*

*Roberto Brant*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 9.4.2001

## ANEXO 4 – PACTO DE SAN JOSE DA COSTA RICA



Presidência da República  
 Casa Civil  
 Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO No 678, DE 6 DE NOVEMBRO DE 1992

Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969.

O VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no exercício do cargo de PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VIII, da Constituição, e Considerando que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), adotada no âmbito da Organização dos Estados Americanos, em São José da Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, entrou em vigor internacional em 18 de julho de 1978, na forma do segundo parágrafo de seu art. 74;

Considerando que o Governo brasileiro depositou a carta de adesão a essa convenção em 25 de setembro de 1992; Considerando que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica) entrou em vigor, para o Brasil, em 25 de setembro de 1992, de conformidade com o disposto no segundo parágrafo de seu art. 74;

**DECRETA:**

Art. 1º A Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), celebrada em São José da Costa Rica, em 22 de novembro de 1969, apensa por cópia ao presente decreto, deverá ser cumprida tão inteiramente como nela se contém.

Art. 2º Ao depositar a carta de adesão a esse ato internacional, em 25 de setembro de 1992, o Governo brasileiro fez a seguinte declaração interpretativa: "O Governo do Brasil entende que os arts. 43 e 48, alínea d, não incluem o direito automático de visitas e inspeções in loco da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, as quais dependerão da anuência expressa do Estado".

Art. 3º O presente decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de novembro de 1992; 171º da Independência e 104º da República.

ITAMAR FRANCO

*Fernando Henrique Cardoso*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.11.1992

## ANEXO 5 – LISTA DE TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DA CID-10

### Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F00\* Demência na doença de Alzheimer (G30.-†)

F01 Demência vascular

F02\* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03 Demência não especificada

F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F05 Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F21 Transtorno esquizotípico

F22 Transtornos delirantes persistentes

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

F24 Transtorno delirante induzido

F25 Transtornos esquizoafetivos

F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos

F29 Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

F30 Episódio maníaco

F31 Transtorno afetivo bipolar

F32 Episódios depressivos

F33 Transtorno depressivo recorrente

F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes

F38 Outros transtornos do humor [afetivos]

F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

F40 Transtornos fóbico-ansiosos

F41 Outros transtornos ansiosos

F42 Transtorno obsessivo-compulsivo

F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação

F44 Transtornos dissociativos [de conversão]

F45 Transtornos somatoformes

F48 Outros transtornos neuróticos

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

F50 Transtornos da alimentação

F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais

F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica

F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte

F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte

F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F60 Transtornos específicos da personalidade

F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado



F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F95 Tiques

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte