

## 2. DOUTRINA NACIONAL

---

### 2.4

#### DIREITO E SOFRIMENTO MENTAL\*

DYRCEU AGUIAR DIAS CINTRA JUNIOR

**Resumo:** O artigo trata da legislação sobre a assistência aos portadores de distúrbios psiquiátricos. Traça o histórico do tratamento da questão, relata os avanços obtidos pela chamada luta antimanicomial, analisa a tramitação legislativa de projeto objetivando a reforma psiquiátrica em nível nacional e, por fim, preconiza mudanças na legislação civil (no que se refere à interdição), penal (quanto ao tratamento do imputável ou semi imputável) e trabalhista (para que contemple regras sobre o trabalho do doente mental), no sentido de adequá-las aos *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental* da ONU.

**Palavras-chave:** Doente mental – Direitos humanos – Estabelecimento psiquiátrico – Reforma psiquiátrica – Interdição – Legislação penal – Manicômio judiciário – Medida de segurança.

As origens mais remotas da legislação sobre a loucura estão, certamente, vinculadas à idéia de segregação ou, mais precisamente, de autorização legal para que o Estado isolasse o portador de distúrbio mental.

Até a Revolução Francesa não havia ainda a conceituação do *louco* enquanto doente mental. É com a psiquiatria, no final do século XVIII, que a loucura ganha *status* de doença, em decorrência, sobretudo, de ter ela se tornado um problema social nas cidades da Europa, cada vez mais populosas.

A prática do isolamento já pode ser notada na época do Renascimento.

Havia, na Europa renascentista, o costume de se confinar os *loucos* num navio que vagava de porto em porto, sem destino. Nota-se o sentido simbólico disso: os insanos embarcavam numa viagem infundável, sem ponto de chegada; o exílio ritual; eram prisioneiros de sua própria partida.<sup>1</sup>

A “nau dos loucos” não encerrava só perturbados mentais, está claro. Nela havia lugar para os bêbados, os devassos, os desordeiros, os que “interpretavam mal as escrituras”, os blasfemadores. A loucura era abordada a partir de um exclusivo sentido moral.

(\*) Contribuição à mesa redonda sobre “Políticas públicas de saúde mental”, do Seminário *A saúde mental do presidiário*, que teve lugar no auditório da Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, em 14.06.1999.

(1) João Fraize-Pereira. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1986, p. 51.

Assim também foram os *hospitais gerais* criados na França por ordem do rei – a partir de 1656 com a fundação por decreto do *Hospital Geral de Paris* –, com o objetivo de aprisionar não apenas a loucura mas todos os pobres da cidade. Por isso, no dizer de Foucault, o *hospital geral* não tem caráter médico, senão de uma “estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa”, dirigida por diretores nomeados para toda a vida: um poder estabelecido pelo rei entre a polícia e a justiça.<sup>2</sup>

Muitos antigos leprosários na Idade Média foram reativados, nessa época, pelo clero e por mando real, com o objetivo de *ordenar a miséria* que grassava pela Europa. Em muitos desses *hospitais gerais*, casos mais extremos de alienação mental eram tratados com confinamento em jaulas, relegando homens à condição de animais, como descrito em diversas obras literárias. A exploração da mão-de-obra em tais instituições era fato comum.

A Revolução Francesa procurou dar um caráter *científico* àquele isolamento, dentro do espírito do novo regime, desenvolvendo institutos jurídicos inspirados nos valores burgueses que se instalavam, sobretudo com base na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que estabelece a assistência pública como uma dívida sagrada.

O internamento ganha *valor terapêutico* e vira o *asilo* de Philippe Pinel, médico francês. Esse constrói em torno dos portadores de transtorno mental um círculo invisível de julgamentos morais: a observação para criar um rigoroso controle ético.

Entendia necessários ao tratamento: 1) o isolamento para romper com o foco permanente de influências incontroladas que é a vida social; 2) o estabelecimento da ordem asilar; 3) uma relação de autoridade entre o médico e seus auxiliares e o doente. Sob esses três princípios foi instituído o manicômio-hospitalar para tratamento mental.<sup>3</sup>

No mesmo período, na Inglaterra, Tuke dirigia experiência semelhante, calçada numa comunidade religiosa para submeter o internado a um controle simultaneamente social e moral.<sup>4</sup>

De fins do século passado a este século, significativas descobertas foram feitas a influírem no tratamento psiquiátrico: a psicanálise de Freud e a descoberta da psicofarmacoterapia.

(2) Como revela Foucault, “é sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas” (*História da loucura*, apud João Frayse-Pereira, op. cit., p. 62).

Sobre isto, também vide Hélio Lauar, “Pensando a Internação”, *Lei Carlão em debate*, 1995. p. 49.

(3) Ana Maria Fernandes Pitta e Sueli Gandolfi Dallari, “A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil”. *Saúde em debate*, n. 36, 1992, p. 19).

(4) João Frayse-Pereira, op. cit., p. 83-86.

Mas, apesar disso, os estabelecimentos de internação pouco mudaram. A ética da exclusão social do enfermo mental ainda vigora. Tal exclusão implica: 1) exclusão jurídica (pela interdição); 2) exclusão nos assuntos do círculo familiar (os segredos, os pactos de dependência, a vergonha, a construção permanente de fracassos); 3) exclusão no trabalho (a aposentadoria por doença incapacitante, a noção de emprego *de favor*); 4) exclusão no processo educacional (o estigma das classes especiais ou do apontamento pelos colegas da situação de hipossuficiência); 5) exclusão terapêutica (hospitais psiquiátricos).

Os manicômios continuam sendo a ponta mais aguda do processo de exclusão. São uma estrutura de completo desrespeito aos direitos fundamentais da pessoa humana.

Os objetivos centrais do asilo pineliano continuam vivos, no Brasil, por força do velhíssimo Decreto 24.559/34, que ainda não foi revogado.

É uma legislação que procura marcar bem a diferença entre *normal* e *anormal*. A prática decorrente de sua aplicação tem sido a mesma da nau a que me referi: a internação constitui, para o enfermo mental, quase sempre, uma porta de entrada, nunca de saída.

Para que se tenha uma idéia do modelo sustentado pelo referido decreto, basta que se constate quantas vezes aparece em seu texto a palavra “estabelecimento psiquiátrico”. Por ele, “a profilaxia mental, (...) assistência e proteção (...) dos psicopatas” – que é objetivo enunciado no preâmbulo – parece ter um só nome: “estabelecimento psiquiátrico”.<sup>5</sup>

Especialistas que preconizam uma nova ética sobre a doença mental têm denunciado, a par do isolamento físico dos internados, o uso abusivo dos psicotrópicos e a atuação exclusiva na doença em detrimento de outras dimensões do ser humano, que o portador de transtorno mental não as perde.

Não são poucos os casos de pessoas que, internadas por sofrerem de doenças como epilepsia, enxaqueca, podem ter “enlouquecido” mesmo é no hospício.

Há dados avaliativos reveladores de que apenas aproximadamente 12% dos internados deveriam permanecer nas instituições.

Isso é grave em termos de desrespeito aos direitos fundamentais da pessoa.

Essa aniquilação do indivíduo e do cidadão, em seus mais elementares direitos, gerou o questionamento do modelo tradicional, em nível técnico, à luz da experiência científica contemporânea, e deu origem ao movimento pela reforma da legislação psiquiátrica.

(5) Segundo o Decreto 24.559/34, do governo provisório de Getúlio Vargas, dentre outras coisas, “Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico” (artigo 9.º). Dele consta também que “O psicopata ou o indivíduo suspeito de atentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico” (artigo 10).

Pretende-se com isso nada mais que respeitar os direitos humanos do doente mental, submetendo-o a um novo complexo de intervenções em que a preocupação com a *pessoa humana* dele é o foco central.

Há em tramitação legislativa, um projeto com o propósito de reformar significativamente a assistência psiquiátrica, em nível nacional. O projeto do deputado Paulo Delgado (PL 8/91), que já havia sido aprovado na Câmara dos Deputados, era mais abrangente e adequado à luta antimanicomial. Foi substituído no Senado por texto do senador Sebastião Rocha, com base em diversas emendas, já aprovado em janeiro de 1999, e que traz avanços, na linha alternativa à internação hospitalar, apesar de abrir brechas para a construção de novos hospitais psiquiátricos e dificultar a alta para pacientes crônicos. Tal texto deve ser apreciado agora pela Câmara dos Deputados.

Em diversos Estados, a legislação sobre o assunto avançou. Em São Paulo, os princípios básicos da reforma psiquiátrica já estão no artigo 33 do Código de Saúde do Estado (Lei Complementar à Constituição Paulista). Há no *caput* do referido artigo a diretriz de superação gradativa do procedimento de internação hospitalar, no tocante à saúde mental. Outras inovações relacionadas com o pleito por reformas antimanicomiais estão nos incisos III (a previsão de tratamento em ambiente menos restritivo possível e o consentimento informado), IV (a internação com último recurso terapêutico) e VI (a vigilância dos direitos indisponíveis do indivíduo assistido de forma articulada com a autoridade sanitária e o Ministério Público).

Em Minas Gerais, a Lei 11.802/95, chamada *Lei Carlão*, tratou adequadamente a promoção da saúde do portador de sofrimento mental, incorporando dispositivos do direito internacional (*Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*, da ONU, de 1991) e recomendações do *Relatório final da 2.ª Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em 1994.

A lei mineira, dentre outras inovações<sup>6</sup>: 1) dá ênfase ao *direito ao tratamento* para reinserção social (artigo 1.º), considerando, quando possível, a vontade do paciente (artigo 4.º, IV)<sup>7</sup>; 2) bane o modelo centrado na exclusão, inclusive no ensino (artigo 16), e resgata, como fator auxiliar do tratamento, a reinserção na família, no trabalho e na comunidade<sup>8</sup>; 3) prevê serviços de saúde mental substitutivos dos hospitais psiquiátricos, a serem gradativamente extintos (arti-

(6) Todas também constantes do projeto paulista – Projeto de Lei 366 –, em tramitação desde 1992.

(7) Trata-se, aqui, de incorporação do 11.º dos *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*, da ONU, de 1991, que prevê o consentimento informado e as formas de suprí-lo em casos excepcionais.

(8) O direito à vida e ao trabalho em comunidade, sempre que possível, é destacado no princípio n. 3 do referido instrumento internacional. O princípio n. 7 fala, ainda, do papel de comunidade e da cultura no tratamento.

go 21); 4) vincula os poderes públicos estadual e municipais à implementação de um novo sistema alternativo aos hospitais psiquiátricos: ambulatórios, serviços de emergência psiquiátrica em pronto-socorros gerais e centros de referência, leitos em hospitais gerais, serviços de hospital-dia e hospital-noite, centros de referência em saúde mental, centros de conveniência, lares e pensões protegidas (artigos 2.º e 3.º); 5) bane procedimentos desumanos como a camisa-de-força, cela-forte e outros (artigo 5.º) e regulamenta minuciosamente as práticas terapêuticas psiquiátricas biológicas (artigo 4.º, parágrafo único), nas quais se incluem a eletroconvulsoterapia, o choque cardiazólico e o choque insulínico, tidos como de aplicação abusiva, até aqui<sup>9</sup>; 6) proíbe as psicocirurgias e quaisquer procedimentos que impliquem efeitos orgânicos irreversíveis a título de tratamento da enfermidade mental<sup>10</sup> (artigo 6.º); 7) prevê a internação como último recurso (artigo 9.º), vinculando-a à existência de laudo médico especializado com diagnóstico, autorização da família ou paciente e previsão de tempo de tratamento (artigo 10.º); 8) prevê a separação dos portadores de síndrome de dependência alcoólica em leito de clínica médica em hospitais gerais ou pronto-socorros gerais (artigo 9.º, § 2.º) e a intervenção necessária do Ministério Público e da autoridade sanitária local (artigos 12 e 13).

É claro que uma lei não faz milagres. O processo de *desinstitucionalização* deve apoiar-se em condições específicas de capacitação profissional e material. E deve ter o apoio da sociedade.

Mas também não se pode falar que a lei não muda a realidade pois, hoje, o direito tem também um sentido promocional e não apenas declarativo.

Pode servir para provocar mudanças institucionais e sociais.

Se aprovada uma lei que melhore o tratamento do doente mental no país, diante da perspectiva que ora temos, há intervenções que podem ser feitas para cobrar as políticas públicas tendentes à sua perfeita aplicação, sobretudo por meio da ação civil pública para a tutela de interesse coletivo.

Outra questão que convém abordar, além da mais específica da reforma psiquiátrica ou da legislação sobre estabelecimentos psiquiátricos, é a das consequências do distúrbio mental, na situação jurídica dos envolvidos, sob os enfoques das legislações civil, penal e trabalhista.

Segundo o Código Civil, dentre os absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil estão os *loucos de todo o gênero*, expressão esta que tem merecido críticas.

A declaração da incapacidade corresponde à chamada interdição.

O que é preciso entender, contudo, é que tal interdição visa a proteger o doente mental e não destruir seus direitos, como ocorre com frequência.

(9) A forma de preservar o respeito à dignidade da pessoa acometida de transtorno mental está no princípio n. 11 daquele documento.

(10) A limitação radical da psicocirurgia está no item 14 do princípio n. 11 do documento.

O Decreto 24.559/34 modificou parcialmente a disciplina, possibilitando ao juiz a limitação da interdição a determinados atos, incluindo o portador do distúrbio como relativamente incapaz conforme o nível no comprometimento de sua psique.

De qualquer forma, a legislação ainda deixa a desejar no que se refere à cidadania do doente mental. É preciso adequá-la ao que prevêem os *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*, da ONU: a satisfação de necessidades compatíveis com a vida e dignidade e o perfeito acompanhamento jurídico do interditado.

A lei penal também é falha.

Os portadores de problemas mentais podem ser tidos como: 1) inimputáveis ou 2) semi-responsáveis.

Os inimputáveis não respondem juridicamente porque não têm capacidade para sofrer juízo de censurabilidade. São isentos de pena.

Os *semi-responsáveis*, por sua vez, são imputáveis, ou seja, respondem pelo fato. Mas sofrem diminuição na pena (de um a dois terços) por terem sua capacidade de discernimento diminuída.

Quais as consequências, para o agente, nas duas hipóteses?

A reforma penal de 1984 adotou o sistema chamado *vicariante* ou *unitário* (em oposição ao sistema do *duplo binário* anterior). Aplica-se a pena *ou* medida de segurança. Um caminho exclui o outro.

No caso de inimputável, a solução é sempre a aplicação de *medida de segurança*, que pode ser: 1) *internação* em hospital de custódia e tratamento ou 2) *tratamento ambulatorial* (artigo 96 do Código Penal).

No caso do semi-responsável, o juiz pode optar entre: 1) *diminuir a pena* (artigo 26, parágrafo único, do Código Penal) ou 2) *substituí-la por uma daquelas duas medidas de segurança*, se o condenado necessitar de *especial tratamento curativo* (artigo 98 do Código Penal).

Um dos problemas é que a inimputabilidade acaba tendo, em razão da lei, um tratamento muito mais penal que terapêutico.

Se os estabelecimentos psiquiátricos já são ruins, calcule-se os manicômios judiciários.

Há mais. Segundo a lei, se o fato for apenado com reclusão, a medida de segurança será sempre de *internação*. Ora, e se ela for desnecessária?

Nesse ponto, não se teve em conta o ser humano mas o fato que ele praticou (mais grave ou menos grave), o que choca com as exigências de internação como último recurso. Por isso, já há tempos a jurisprudência dos tribunais paulistas vem admitindo o tratamento ambulatorial, por exceção, no caso de indicação de suficiência desse no laudo que afirma a insanidade mental.<sup>11</sup>

<sup>(11)</sup> JTACrim, 93/181 e 98/203; RT 634/272.

Outro problema reside no tempo da internação ou do tratamento ambulatorial. A lei fala em *tempo indeterminado* e prazo mínimo de três anos (artigo 97, § 1.º).<sup>12</sup> Mas dentro da própria dogmática penal, parte da doutrina vem denunciando tal sistema como violador dos princípios constitucionais da legalidade e da igualdade. De fato, não pode haver submissão de pessoa a constrangimento – que a internação não deixa de ser – além da pena máxima prevista para o delito.<sup>13</sup>

A inadequação não para aí: a disposição se choca com os *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*, da ONU. O item 6 do princípio 17 diz que “Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário”.

Tais princípios se aplicam também “a pessoa cumprindo sentenças de prisão por crimes [...] e nas quais tenha sido determinada a presença de transtorno mental” (item 1 do princípio 20).

Daí a necessidade de adequação da lei penal a eles.

Por fim, é de se destacar a inexistência de legislação trabalhista versando sobre a questão do doente mental.

Sabe-se que o trabalho é um fator importante no tratamento dos distúrbios mentais. O reconhecimento da aptidão que o doente tenha para um determinado trabalho dá-lhe autoconfiança. Mas a perspectiva de autonomia financeira mínima, que deveria corresponder à aptidão, pode ficar prejudicada pela falta de legislação específica que não torna possível a realização de contratos de trabalho com ele.

Como se vê, há muita coisa a ser feita para o aprimoramento da legislação sobre saúde mental. O assunto interessa a todos. Afinal, como dizia o grande escritor espanhol Miguel de Unamuno: “Cada um tem seu método, como cada um tem sua loucura; apenas estimamos cordato aquele cuja loucura coincide com a da maioria”.

(12) Essa previsão – assim como a origem da medida de segurança – tem por base o conceito de *temibilidade* ou *periculosidade* do delinqüente com problemas mentais, no sentido de uma certa perversidade constante e ativa dele, formulado por Garofalo, penalista italiano do final do século XIX, que projetou para o Direito Penal concepções antropológicas e sociológicas do positivismo (*Di un critério positivo della penaltà* – 1880; *Criminologia* – 1885).

(13) Luiz Flávio Gomes, “Medidas de segurança e seus limites”. *RBCCrim*, 2, 1993, p. 64.