**Brazilian Journal of Forensic Sciences,
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: www.ipebj.com.br/forensicjournal

**Transtornos Mentais e Medida de Segurança: Uma Análise
Fundamentada no Direito Humano à Saúde**

**Mental Disorder and Security Measure:
An Analysis Based on the Human Right to Health**

Bruna Tássia Souza Nakayama, Carla Aparecida Arena Ventura*

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900. Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP- Brasil. CEP: 14040-902.*

E-mail: caaventu@gmail.com

Received 25 March 2015

Resumo. O direito à saúde mental deve ser compreendido como uma transdisciplina integradora de saberes relativos à condição humana, merece visibilidade e tratamento especial. O antigo modelo assistencial psiquiátrico difundido pelo mundo, entrou em processo de desconstrução e continua recebendo ferrenhas críticas em função de sua improdutividade e anacronismo por apresentar um caráter violento, desumano, socialmente excludente e violatório dos direitos e da cidadania, o que culminou em gerar uma consciência crescente acerca da importância de se lutar pela preservação dos direitos à singularidade, à subjetividade e à diferença. No que diz respeito às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, o estigma e a complexidade são multiplicados. O Código Penal prevê que para estas pessoas a pena seja substituída pela medida de segurança, que se dará (não preferencialmente) em regime fechado, em hospitais de custódia e tratamento, e em ambulatorios, ou nos Centros de Assistência Psicossocial. Com o advento da Lei 10.216/2001, criou-se um instrumento de defesa dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, uma vez que esta assimila os princípios e objetivos da Reforma Psiquiátrica de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados, englobando o respeito aos direitos destas pessoas e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos seus direitos humanos, contudo a realidade não abarca o cumprimento

geral previsto neste instrumento. Este artigo discute a medida de segurança e o direito das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos no cenário brasileiro.

Palavras-chave: Direitos humanos; Transtornos mentais; Delitos; Medida de segurança.

Abstract. The right to mental health must be understood as a transdiscipline that integrates knowledge concerning to the human condition. It deserves visibility and a special treatment. The former psychiatric care model spread throughout the world has been deconstructed and highly criticized due to its lack of productivity and anachronism for presenting a violent characteristic, inhuman, socially excluding and for violating the rights and citizenship, culminating in an increasing awareness about the importance of fighting for the preservation of the rights to uniqueness, subjectivity and differences. Regarding to the people with mental disorders who have committed crimes, the stigma and the complexity are multiplied. The Penal Code provides that, for these people, the punishment must be replaced by security measure, which will take place (not preferentially) in a closed-system, in hospitals for custody and treatment, in outpatient clinics, or in psychosocial care centers. With the enactment of Law 10.216 / 2001, it was created a defense instrument of human rights for people with mental disorder, once it assimilates the principles and objectives of the psychiatric reform in order to promote the integrality and humanization of services, involving the respect for the rights of these people and improving the quality of their lives, from the perspective of their human rights. However the reality does not cover general compliance provided herein. This article is about the security measure and the rights of people with mental disorders who have committed crimes in Brazil.

Keywords: Human rights; Mental disorders; Crime; Safety measure.

1. Introdução

No contexto da temática que abarca as pessoas com transtorno mental autoras de delitos, a interação entre diversos campos do saber e da prática se configuram relevantes para a abordagem dos fenômenos humanos envolvidos, convergindo para a discussão de um dos direitos humanos sem o qual se torna inviável o exercício da cidadania por todos os indivíduos: o direito à saúde¹.

Dessa forma, o direito a saúde merece visibilidade e tratamento especial, uma vez que está diretamente ligado ao princípio da **dignidade da pessoa humana**, podendo também ser considerado o principal direito fundamental social encontrado na Constituição do Brasil².

Pode-se afirmar, portanto, que somente por meio do exercício do direito à saúde é possível o exercício de qualquer outro direito e da própria cidadania, já que é interdependente ao exercício do direito à vida.

A saúde não é compreendida apenas como a ausência de doenças, mas como a situação de completo bem-estar físico, mental e social³. Sendo assim, é possível concluir que o direito à saúde mental é inerente ao direito à saúde e à vida. Nesse sentido, fenômeno humano da loucura não pode ser tratado isoladamente e deve ter sua exposição ligada à compreensão geral da articulação estrutural biopsicossocial a qual estão envolvidas as pessoas com transtornos mentais. Em suma, o direito à saúde mental deve ser compreendido como uma transdisciplina integradora de saberes relativos à condição humana.

Nesse contexto, o modelo assistencial psiquiátrico difundido pelo mundo, desde meados do século XX, entrou em processo de desconstrução e continua recebendo ferrenhas críticas em função de sua improdutividade e anacronismo porque apresentava um caráter violento, desumano, socialmente excludente e violatório dos direitos e da dignidade da pessoa humana, levando a denúncias persistentes relativas à violência e ao constante desrespeito aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, o que culminou em gerar uma consciência crescente acerca da importância de se lutar pela preservação dos direitos à singularidade, à subjetividade e à diferença. Dessa forma, tornou-se fundamental que fossem implementadas ações abrangentes voltadas para a garantia dos direitos dessas pessoas, que, jogadas à margem da sociedade, passaram a ser um emblema da exclusão e sequestro da cidadania⁴.

No que diz respeito às pessoas com transtorno mental que cometeram delitos, o estigma e a complexidade são multiplicados, pois esses, além de possuírem transtorno mental, portam a particularidade do crime consigo. Ainda, para estas pessoas está prevista no Código Penal, a medida de segurança, destinada a infratores considerados inimputáveis ou semi-imputáveis, que são pessoas que estão em conflito com a lei, e que no momento do cometimento do crime ou delito apresentavam comprometimento da capacidade de entender o caráter ilegal de seu ato. Dessa forma, o Código Penal prevê que a pena seja substituída pela medida de segurança, que se dará (não preferencialmente) em regime fechado, em hospitais de custódia e tratamento, e em ambulatorios, ou nos Centros de Assistência Psicossocial, no caso de delitos de menor gravidade⁵.

A Medida de Segurança tem caráter preventivo e não punitivo, uma vez que visa eliminar a periculosidade do agente, mediada pela assistência apropriada à saúde mental, de forma que se trate e não venha a reincidir, resguardando a si próprio e a ordem social. Portanto, essas pessoas estão duplamente protegidas pelo

Código Penal, que prevê rigorosa avaliação por parte de perito médico, e pela lei 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que enumera os direitos fundamentais desses pacientes. No entanto, esta teoria não se aplica à realidade vivida no Brasil⁵.

Considerando que a inimizabilidade faz com que as pessoas com transtornos mentais tenham seus direitos mínimos destituídos (direito de ampla defesa, remição, indulto, livramento condicional e progressão do regime de cumprimento de pena), constata-se a incoerência entre a legislação penal e a legislação em saúde mental no Brasil, uma vez que o Estado permanece legitimando a segregação social e a privação de liberdade e de direitos com o argumento da garantia da segurança da sociedade, assumindo caráter punitivo e resultando na não participação do paciente em seu plano terapêutico. Nessa perspectiva, o portador de transtorno mental deixa de ser o protagonista do cuidado, o que compromete seriamente a sua evolução biopsicossocial^{6,7}.

Neste cenário, este artigo discute a medida de segurança e o direito das pessoas com transtornos mentais que cometeram delitos no cenário brasileiro.

2. Metodos

Foi realizada uma revisão da literatura utilizando as seguintes bases de dados: Lilacs, PubMed, Web of Science e CINAHL, por meio dos descritores – transtornos mentais; unidade hospitalar de psiquiatria; crime; medida de segurança; e pelas palavras-chaves: *crime; security measures; mental disorders; psychiatric department; hospital*. De um total de 177 artigos, 10 foram pré-selecionados. Foram selecionados artigos em português, inglês e espanhol, submetidos a uma pré-seleção por meio de leitura do título e resumo, a qual contribuiu para que fossem elencados trabalhos que respondessem ao objetivo. Após a realização desta seleção, os artigos foram unidos a outros documentos legislativos, que lidos exhaustivamente foram relacionados entre si e analisados à luz dos princípios que embasam o direito humano à saúde.

3. Resultados e Discussão

O direito à saúde é fundamental para o exercício de outros direitos de cidadania. Deve ser reconhecido como direito fundamental, que designa em sentido estrito, o conjunto de normas que cuidam de direitos e liberdades garantidos institucionalmente pelo direito positivo dos Estados. Os direitos fundamentais podem ser observados sob a perspectiva objetiva, uma vez que cabe ao Estado sua

garantia, e sob a perspectiva subjetiva, que institui que as pessoas têm o direito de exigir uma prestação positiva ou negativa do Estado⁸.

Segundo a Constituição Federal (1988), o direito à saúde designa um direito pertencente a todos os cidadãos e um dever do Estado. Deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que viabilizem não apenas a redução do risco de doença, mas de outros agravos, e deve conceber o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde⁹. Na perspectiva mundial, o direito fundamental de atenção à saúde mental foi destacado em diversos acordos e normas internacionais dentre eles a Declaração de Direitos Humanos da ONU de 1948 e a Recomendação da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos para a Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos em 2001³. A maioria dos documentos (mandatórios ou recomendativos) ao longo deste percurso dão ênfase à proteção destas pessoas contra a discriminação, assegurando seus direitos humanos e especificamente outros direitos indispensáveis como: direito à serviços de reabilitação, à integração na comunidade, à acomodação razoável, à liberdade e segurança da pessoa e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais³.

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica ocorreu como resposta aos movimentos internacionais. Como resultado destas pressões, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.407/1994 adotando os “Princípios para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1991. No ano de 2000, ocorreram mudanças no modelo assistencial do atendimento médico a pacientes com transtorno mental¹⁰. E, posteriormente, em 2001, foi promulgada a **Lei 10.216** que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. No ano de 2010, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução CFM nº 1.952 de 2010 que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria (2008), revogando a Resolução 1.407/1994 e modificando a resolução de 2000¹¹.

O marco brasileiro, que em teoria, fundamenta-se na humanização do tratamento à pessoa com transtorno mental foi a aprovação da Lei 10.216/2001 que representa a consolidação dos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, ao estabelecer a necessidade de respeito à sua dignidade humana.

Dessa forma, a Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os artigos 1º e 2º elencam os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais. São eles: *I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental* ¹⁰.

É inegável que a teoria fomenta uma busca do mais digno modelo de assistência para as pessoas com transtorno mental, igualmente, a realidade não está sequer próxima de alcançar o aparato necessário para a concretização assistencial almejada pela Lei 10.216/2001. Não basta que existam leis, uma vez que são necessários equipamentos e mobilização da sociedade, além do preparo do sistema. Na prática, não há recursos financeiros e humanos suficientes para atender essa parcela da população, e não menos importante, não há um reconhecimento da possibilidade de exercício de sua cidadania plena pela maioria das pessoas que não possuem transtornos mentais, o que representa uma falha generalizada da sociedade, por esta não ser verdadeiramente inclusiva, fazendo com que essas pessoas não sejam reconhecidas e tratadas nas suas necessidades especiais e também não sejam reconhecidas por suas semelhanças enquanto cidadãos, dignas de respeito e de direitos.

A evolução das leis deve estar articulada com os recursos existentes para a transposição de conflitos. Nessa perspectiva, no atendimento em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser formalmente informados de seus direitos, uma vez que há lacunas no conhecimento desses pacientes sobre seus direitos.

A lei ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental e na assistência e a sua responsabilidade pela promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da comunidade e da família (art. 3º). Também dispõe que o tratamento visará como

finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio, e que este deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa com transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros (§§1º e 2º do artigo 4º), ficando vedadas internações em instituições com características asilares, desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do artigo 2º (§§1º, 2º e 3º do artigo 4º).

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

A *medida de segurança* surge para a particularidade das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Emergiu como resultado de grandes embates entre a psiquiatria e a antropologia criminal, que inicialmente contrapunham as ideias de crime-doença e crime atributo, respectivamente. A medida de segurança deveria ser instituída na tentativa de tratamento, em claro caráter humanitário e, de outro lado, a contenção, através da clausura, reclusão de sujeitos potencial e patologicamente perigosos à sociedade, como meio de assegurar à segurança de todas as pessoas. Contudo, os sujeitos submetidos à medida de segurança nos hospitais psiquiátricos judiciários, hospitais de custódia e tratamento e alas especiais dentro dos presídios caracterizam o setor mais castigado do sistema penal, punidos em forma dupla: pela sua condição de loucos e criminosos e por dois discursos e aparelhos de poder que se articulam - o da psiquiatria e o do direito penal. É visível que se produz uma dupla identidade do segurado, como preso e como louco, o que permite a desesperançosa cronificação, com os próprios segurados se adequando a esse discurso, e entendendo a sensação do descontrole psíquico como uma manifestação de caráter perigoso^{12, 13}.

A medida de segurança tem como princípio essencial prevenir a repetição do ato delituoso e prover assistência ao agente do ato para que se trate e não haja reincidência. No Brasil, a lei atribuiu a periculosidade apenas ao doente mental, contudo, por outro lado, o conceito de doença mental se tornou tão complexo que existem pelo menos dois códigos especiais para tentar qualificá-las: o DSM-IV-TR e

o CID-10 e ambos não relacionam a doença mental com a periculosidade⁵.

A prática expõe a medida de segurança como um processo de caráter punitivo com prolongamento por tempo indeterminado, e condenando os indivíduos considerados perigosos socialmente à perpétua reclusão em condições que violam substancialmente seus direitos, sua dignidade e cidadania, excluindo-os socialmente de forma definitiva¹⁴.

Um levantamento de 2011 ratificou que no Brasil existiam 23 Hospitais de Custódia e três alas de tratamento psiquiátrico com um total de 3.989 indivíduos, com maior concentração nas regiões sudeste e nordeste do país. Concluiu-se à época que o aumento exponencial de doentes mentais infratores fez com que os Hospitais de Custódia extrapolassem sua capacidade com consequente sucateamento do sistema, o que levou à precarização na assistência e nos exames periciais. Assim, muitos não recebem tratamento adequado ou, se já tratados, aguardam meses para exame de cessação de periculosidade. Dessa forma, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico se caracterizam mais como presídios do que como hospitais, uma vez que são administrados pelo sistema Jurídico e não da Saúde, sendo a medida de segurança muitas vezes considerada como sentença é até prisão perpétua⁵.

Os manicômios judiciais foram mantidos à margem do processo da Reforma Psiquiátrica brasileiro, com pessoas duplamente negligenciadas: pelas políticas penitenciárias e pelas políticas de saúde, o que torna estes locais mais permissivos a ilegalidades e violações de direitos¹⁵.

Com base na desumanidade dessas violações, há tentativa de modificar este cenário, como por exemplo por meio da Recomendação número 35 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) de 12 de julho de 2011 que passou a dispor sobre diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciais, preconizando que tribunais adotem a política antimanicomial em meio aberto na execução da medida de segurança, sempre que possível, e que esta política possua como diretrizes a mobilização dos diversos segmentos sociais, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a articulação de diversos setores, efetividade do tratamento da saúde mental e o respeito aos direitos fundamentais e sociais destas pessoas com compartilhamento de responsabilidades, dando abertura ao diálogo e às parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes. Ficou estabelecida, ainda, a criação de um núcleo interdisciplinar para que o juiz seja auxiliado nos casos que envolvam sofrimento mental; acompanhamento psicossocial

e interdisciplinar de modo contínuo durante o tempo necessário; adoção de permissão do não afastamento do paciente de seu meio social e manutenção de laços familiares sempre que possível, além de adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, respeitando singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário. Esta recomendação propõe a promoção da reinserção social das pessoas internadas em hospitais de custódia, fortalecendo suas habilidades e abrindo possibilidades para novas respostas visando a efetivação das políticas públicas consoantes ao art.5º da Lei 10.216/2001¹⁶.

Ressalta-se, ainda, que a recomendação propõe a manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de atenção integral às pessoas submetidas à medida de segurança, o que deve abranger realização de perícias por equipe interdisciplinar, priorizando indiretamente o direito humano à saúde¹⁶.

Neste contexto, em 2013, foi realizada ampla discussão dos poderes Judiciário e Executivo junto à entidades da sociedade civil organizada que chegaram a um consenso sobre a necessidade da criação de um Comitê Nacional de Direitos Humanos e Saúde Mental para os próximos anos. O Comitê tem previsão de ser criado no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência República (SDR/PR) com o objetivo de articular os campos de direitos humanos e saúde mental por meio do aperfeiçoamento de mecanismos eficazes, destinados à proteção e à promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e dependência química¹⁷.

Segundo a OMS (2003), o código penal de um país deve incluir disposições adequadas para lidar com os infratores com transtornos mentais, com disposições que levem em consideração a questão da capacidade mental dessas pessoas para julgamento da ação e sua responsabilidade em processos cíveis e criminais, a representação legal ou para a execução das penas e tratamentos⁵.

A mudança mais recente no campo legislativo é representada pela Portaria DO MS Nº 94, de 14 de Janeiro de 2014 que preconiza um serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental que apresentem dívidas legais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o que designa um serviço de avaliação que é composto pela equipe de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis às pessoas com transtorno mental que cometeram algum delito, ou seja, em conflito com a lei (EAP). Esta mudança visa apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental

em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹⁸.

Os beneficiários deste serviço são pessoas que, presumidamente ou comprovadamente, apresentem transtorno mental e que tenham cometido delitos, estando em situação jurídica conflituosa, como, por exemplo, o indivíduo em cumprimento de medida de segurança; ou sob liberação condicional da medida de segurança ou ainda com medida de segurança extinta e necessidade expressa pela justiça criminal ou pelo SUS, de garantia de sustentabilidade do projeto terapêutico singular¹⁷.

Algumas das atribuições do EAP são realizar avaliações psicossociais e apresentar propostas fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos Princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP); identificar programas e serviços do SUS e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e para a garantia da efetividade do Projeto Terapêutico Singular (PTS); além de acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de justiça e as equipes da PNAISP¹⁸.

Os avanços são fruto de um grande e necessário debate sobre uma nova perspectiva que abarque diretamente o direito à saúde, com a implementação do SUS dentro dos presídios e Hospitais de Custódia, o que já é realizado por meio do Plano Nacional de Saúde ao Sistema Penitenciário, com o objetivo de fornecer tratamento adequado inclusive para aqueles privados da liberdade, atendendo ao princípio da universalidade do Sistema e do direito do cidadão, uma vez que o plano prioriza a prevenção e promoção da saúde como regula a Constituição Federal. Desta forma, ocorreria a mudança do perfil destes centros de reclusão que adquiririam características de fato hospitalares com maior chance de reabilitação e menor chance de reincidência⁵.

Igualmente, apesar dessas medidas, há muito ainda por fazer para que as pessoas submetidas à medida de segurança sejam tratadas dentro das diretrizes da Lei 10.216/01, Para sua consolidação é necessário o exercício permanente de ação, atenção e reflexão e, sobretudo, de capacitação dos atores que compõem este processo, englobando a área da saúde, mas principalmente da justiça. Busca-se, então, a mudança de paradigma e conscientização para a assistência aos pacientes em medida de segurança dentro das diretrizes e fundamentos legais embasados no princípio de garantia da dignidade humana⁵.

A política de saúde mental precisa princípios mais igualitários, a serem considerados no contexto de políticas econômicas e não apenas sociais¹⁹. Portanto, os agentes do Estado são responsáveis pela consolidação da responsabilidade no fomento da função social a estas pessoas. A sociedade também deve assumir seu papel e se comprometer a promover a reorientação do modelo de atenção à saúde das pessoas com transtorno mental autoras de delitos de forma justa e efetiva. Nessa perspectiva, a *Lei nº. 10.216/2001* representa um importante instrumento de defesa dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, porque esta assimila os princípios e objetivos da Reforma Psiquiátrica de forma a promover a integralidade e a humanização dos serviços prestados, englobando o respeito aos direitos destas pessoas e a melhoria da qualidade de suas vidas, na perspectiva dos seus direitos humanos²⁰.

4. Considerações Finais

O direito embasa-se no cumprimento da justiça, mas é necessário mais do que jurisprudência para a garantia da qualidade do cumprimento dos direitos das pessoas, principalmente das que se encontram dentro de grupos vulneráveis como as pessoas com transtorno mental, e das autoras de delito (duplamente estigmatizadas). É, portanto, necessário bom senso e humanidade. Os profissionais provenientes das ciências da saúde administram e supervisionam o cuidado, embasados na pesquisa, e buscam a melhoria da promoção e recuperação da saúde do organismo humano em todos os âmbitos, e neste caso a manutenção e reinserção social. A atuação jurídica torna-se a responsável pela decisão do direcionamento social da vida desses indivíduos e a consolidação a humanização só acontecerá de fato se esta decisão for aliada ao direito à saúde e aos atuantes na assistência e do cuidado.

Portanto, é necessário o conhecimento no campo humanístico sobre o que fere a garantia e a qualidade da manutenção da saúde humana para que seja possível modificar condutas estigmatizantes e violadoras de direitos, especialmente no caso de pessoas portadoras de transtornos mentais. Essas pessoas precisam que as profissões da saúde e do direito fomentem um laço de abertura para novos conhecimentos sobre os direitos e assistência para que a defesa do ser humano transcenda decisões jurídicas, cuidados manuais e o conhecimento biológico, pois cabem a estes profissionais a defesa da vida nos recintos jurídicos, ambulatoriais, hospitalares e em qualquer outro lugar onde obrigatoriamente são fundamentais o

cuidado, a humanização e acima de tudo, o reconhecimento da cidadania das pessoas e da necessidade de que elas exerçam tal cidadania.

É importante expor que este artigo não visa indicar um caminho a ser percorrido para uma rápida transformação, mas suscitar a discussão e o debate para uma visualização mais humana de um processo contínuo que deve ter como destino o alcance real da cidadania plena das pessoas com transtorno mental autoras de delitos.

Referências:

1. Côrrea VPA. O papel da polícia judiciária no Estado democrático de direito. Revista CEJ, Brasília, Ano XII, n. 43, p. 16-21, out./dez. 2008
2. Cury IT. Direito Fundamental à Saúde - Evolução, Normatização e Efetividade. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005, pp. 30-1.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Livro de recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra, 2005.
4. Costa ACF. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: Aranha MI, organizadores. Direito sanitário e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 125-68
5. Cremesp. Medida de segurança – uma questão de saúde e ética. / Organização de Quirino Cordeiro e Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. 256 p.
6. Rocha L. Como vai a saúde mental, Brasil? Revista Psique Ciência e Vida. 2008;29-39.
7. Ventura CAA. Aspectos da interface entre o Direito e a saúde mental. In: Soares, MH; Bueno, SMV. Saúde Mental novas perspectivas. São Caetano do Sul: Editora Yendis; 2011. p.175-195.
8. Ordacgy AS. A tutela da saúde como um direito fundamental do cidadão. [acesso: 15 e março de 2015] Disponível em: http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf.
Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
9. Brasil. Legislação em Saúde Mental. Secretaria Executiva.2. ed. Rev. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 109 p.
10. D'Andrea G, Brito ES, Ventura CA. Direito à saúde mental e evolução da medida de segurança à luz da Reforma Psiquiátrica. Revista Eletrônica da Faculdade de Direito de Franca. 2013;7 (1), 208-221.
11. Rubin AL, Torres CGS, Zalewski CL, Tómm E, Roth ICB, Fank JF. A evolução da medida de segurança: Da loucura moral à Lei nº 10.216/2001. Rev. Eletrônica do Curso de Direito da UFSM. Santa Maria. 2008; 3(3), 90-101.

12. Bravo OA. As Prisões da Loucura, a Loucura das Prisões. Psicologia & Sociedade; Porto Alegre, 2007;17(2).
13. Reis AOA. Saúde Mental, Democracia e Responsabilidade. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2010; 20(1): 11-15.
14. Pacheco JA. O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Revisão dos Estudos Brasileiros [Trabalho de Conclusão de Curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011.
15. CNJ (Conselho Nacional de Justiça). Resolução nº35 de 12 de julho de 2011 [acesso 30 abr 2014] Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/reccnj_35.pdf
16. CNJ (Conselho Nacional De Justiça). CNJ vai integrar Comitê Nacional de Saúde, 2013. [Acesso em 15 mar 2015] Disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/26760-cnj-vai-integrar-comite-nacional-de-saude-mental> .
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 94 de 14 de janeiro de 2014 . [acesso 25 mar 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html
18. Lima IMSO. Direito à Saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes – estudo de caso [Tese de Doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2002.
19. Correia LC; Lima IMSO; Alves AS. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23 (9):1995-2012.