

# Sistemas de psiquiatria forense no mundo

## Forensic psychiatric systems in the world

---

**Elias Abdalla-Filho,<sup>1,2,3</sup>**  
**José Manoel Bertolote<sup>4</sup>**

### Resumo

**Objetivo:** Este estudo visa a uma abordagem da psiquiatria forense dentro de diferentes contextos, no sentido de mostrar como essa ciência é influenciada por aspectos legais e culturais. **Método:** Foi feita uma revisão bibliográfica com o objetivo de apreender formas culturalmente diferentes de se lidar com a lei dentro do campo médico-psiquiátrico. **Resultados:** Existe uma enorme gama de fatores, de diversas naturezas (legal, política, cultural, religiosa), que enriquece e, simultaneamente, dificulta um debate sobre o tema. **Conclusões:** Existem dois grandes obstáculos para se adquirir um conhecimento sobre a prática, em todo o mundo, da psiquiatria forense. O primeiro diz respeito a uma heterogeneidade que dificulta sua descrição de forma clara, e o segundo se refere ao próprio desconhecimento de realidades culturalmente muito diferentes. Por outro lado, essas mesmas dificuldades devem representar um estímulo para novos estudos dessa natureza, objetivando a alcançar, pouco a pouco, uma maior compreensão da matéria.

**Descritores:** Psiquiatria legal; Saúde mental; Estudo comparativo; Direito internacional; Cultura

---

### Abstract

**Objective:** The study aims to approach forensic psychiatry within different contexts. It endeavors to show how this specific psychiatry science area is influenced by legal and cultural aspects. **Method:** The bibliography reviewed had in view understanding the different ways of how to deal with law within the psychiatric sphere, from a cultural point of view. **Results:** there is a great heterogeneity, of different nature (legal, political, cultural, and religious) that enrich, but at the same time makes difficult, a debate about this issue. **Conclusions:** there are two great obstacles to achieve a good knowledge about the practice of forensic psychiatry all over the world. The first one is represented by a heterogeneity that makes difficult its description in a comprehensible way. The second is the lack of knowledge of the cultural diverse realities. These difficulties should be a stimulus for newer studies of this characteristic. Only in this way it becomes possible to gradually increase the comprehension of this issue.

**Descriptors:** Forensic psychiatry; Mental health; Comparative study; International law; Culture

---

<sup>1</sup> Departamento de Ética e Psiquiatria Legal, Associação Brasileira de Psiquiatria

<sup>2</sup> Universidade de Brasília (UnB), Brasília (DF), Brasil

<sup>3</sup> Instituto de Medicina Legal de Brasília, Brasília (DF), Brasil

<sup>4</sup> Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, Organização Mundial de Saúde (OMS), Genebra, Suíça

### Correspondência

Elias Abdalla-Filho  
SQN 309, Bloco L, Ap. 603.  
70755-120 Brasília, DF, Brasil  
E-mail: elias.abdalla@terra.com.br

## Introdução

A psiquiatria forense é o campo específico de identificação, discussão e condução de questões situadas na interface entre saúde mental e Lei.<sup>1</sup> Dessa forma, para se fazer uma abordagem da psiquiatria forense em âmbito internacional, é fundamental um exame de diferentes legislações que regem o funcionamento de diversas culturas.

Segundo Poitras e Bertolote, o inter-relacionamento com pessoas portadoras de transtornos mentais desperta dois tipos de preocupação que parecem ser as bases para o desenvolvimento precoce de normas no campo da saúde mental. A primeira é dirigida ao próprio paciente afetado por transtorno psiquiátrico, e a segunda diz respeito aos familiares, vizinhos, amigos e a sociedade em geral.<sup>2</sup>

Em relação ao paciente, a preocupação é centrada em sua vulnerabilidade em lidar com a sociedade nas tomadas de decisão, bem como no risco de adotar um comportamento que possa afetar sua saúde, sua segurança e a regência de seus bens. Em consequência disso, surgiram medidas legais para proteção dessas pessoas com transtornos mentais, retirando delas uma parte de seu poder de decisão, que é transferido a outra pessoa, gerando assim um processo de interdição judicial. Devido à seriedade, importância e repercussões dessa interdição, impõe-se ao médico a obrigação ética de se certificar de que ele está de fato baseando sua conclusão em evidências clínicas consistentes e o mais acuradas possível.<sup>3</sup>

Em relação à segunda preocupação, ela se dirige às pessoas que interagem com pacientes psiquiátricos. Em um significativo número de casos, ações ou omissões de pessoas portadoras de transtorno mental podem afetar outras a ponto de comprometer sua saúde e segurança. Essa preocupação justificou a adoção, por parte de legisladores, de medidas que permitem a autoridades limitar a autonomia de pessoas com transtornos mentais as quais podem representar perigo à saúde e à segurança de outrem. Como exemplo, tem-se a internação compulsória, por determinação judicial, realizada mesmo contra a vontade do paciente.

Segundo Bertolote et al., as diferentes tradições legais existentes no mundo podem ser agrupadas em famílias, como a lei consuetudinária (*common law*), lei romano-germânica, lei islâmica, lei socialista, lei judia e lei hindu.<sup>4</sup> Neste estudo, serão abordadas somente as principais delas.

## Tradições legais

### 1. Lei consuetudinária (*common law*)

A *common law* é uma tradição legal caracterizada essencialmente pelo fato de ter como base julgamentos anteriores e não um corpo de princípios apriorísticos. Dessa forma, um julgamento anterior pode funcionar como um precedente legal a ser usado como argumento defensável, um princípio de lei em um novo julgamento. Essa tradição legal teve origem no Reino Unido e é aplicada em diversos países, sobretudo naqueles que já foram colônias inglesas, como Estados Unidos, Canadá, Índia e Paquistão. Ela evoluiu em diferentes grupamentos legais presentes nos países que a adotam, mas que se mostram tão inter-relacionados que não é raro juízes de alguns desses países extrair princípios e precedentes legais de outras nações que, igualmente, adotam a *common law*.<sup>4</sup>

Especificamente em relação à saúde mental, os instrumentos legais tendem a ser detalhados e abordam as diversas situações possíveis com o objetivo de se evitar confusões ou ambigüidades em suas interpretações.

### 2. Tradição romano-germânica

Também chamada de *civil law*, é considerada uma continuação da lei romana, sendo, assim como a *common law*,

uma tradição influente; mas, ao contrário desta, é caracterizada pela codificação de princípios legais. Originada na Roma Antiga, teve seu principal desenvolvimento contemporâneo na França e na Alemanha, nos séculos XVIII e XIX.

Na França, a codificação das leis no início do século XIX tinha como objetivo a sua sistematização para torná-las compreensíveis para todo cidadão. Na Alemanha, por sua vez, a adoção, em 1900, do código civil objetivou estruturar conceitos legais. Além da Europa continental, onde a maioria das jurisdições recebeu influência da família romano-germânica, sua influência também pode ser encontrada em outros continentes, como na América (sobretudo na América Latina), África, Oriente Próximo e Ásia.

### 3. Lei islâmica

Encontrada principalmente em países do Oriente Médio, África e Ásia, essa tradição legal é extraída de escritos sagrados, como o Alcorão, que focaliza sua essência em deveres, ficando os direitos em segundo plano. Ao longo dos anos, juristas teólogos da lei islâmica desenvolveram um conjunto de textos interpretativos sobre as regras dessa lei, fato que lhe conferiu alta credibilidade e grande autoridade.

A princípio, essa tradição legal governa somente as relações entre indivíduos muçulmanos. Estes, por sua vez, acreditam que a religião não pode ser separada da vida política e social porque a religião é a base de toda ação a ser tomada.<sup>5</sup> Adeptos de algum outro tipo de fé estão sujeitos a diferentes regras, ainda que dentro de um mesmo país. Por exemplo, na parte norte da Nigéria, existe uma porção significativa de muçulmanos na população. Consequentemente, são adotadas naquela região tanto a lei consuetudinária inglesa como a lei islâmica.<sup>6</sup> Por outro lado, na parte sul, somente é adotada a lei consuetudinária inglesa. Diversas linhas de pensamento têm sido desenvolvidas tendo como base vários aspectos da lei islâmica e em pleno acordo em seus princípios básicos. Em virtude da variedade de tradições e sociedades envolvidas, os conjuntos de leis são bastante diferentes nos diversos países onde vigora a lei islâmica.

### 4. Outras tradições

A tradição legal socialista é o sistema legal procedente da ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Diferentes graus de reminiscências dessa tradição legal podem ser encontrados em países hoje autônomos e que antes integravam a União Soviética ou em países que eram influenciados pela URSS. Os princípios dessa tradição legal têm um objetivo voltado para a criação de uma sociedade comunista baseada na fraternidade. Assim sendo, é o interesse coletivo, oposto ao interesse privado dos indivíduos, que direciona o processo de legalização.

Existem várias outras importantes famílias legais, tais como aquelas desenvolvidas na China, Índia, Japão, Israel e Estados africanos.<sup>7</sup> No entanto, é importante citar que muitas sociedades não consideram a Lei como ela é entendida no mundo ocidental. Isso pode ser o caso de países sem instrumentos legais formais e que, presumivelmente, realizam arranjos informais. No entanto, o conhecimento preciso desses sistemas informais é bastante difícil e complexo.

### Legislação e saúde mental

A psiquiatria forense ainda não é uma especialidade psiquiátrica reconhecida em muitos países.<sup>8</sup> Por outro lado, estudos catamnéticos têm creditado uma boa reputação a essa especialidade,<sup>9</sup> por revelarem bom êxito e competência medidos por meio da taxa de recorrência de comportamento criminal.

Provavelmente, os cuidados com a saúde mental são os mais dependentes e mais afetados pela lei em todo o campo da medicina, o que reforça a necessidade de uma maior integração entre as abordagens psiquiátrica e legal de um determinado comportamento humano ou de uma determinada condição mental.<sup>10</sup> Durante décadas e até recentemente, os objetivos dos instrumentos legais que governavam o campo da saúde mental permaneceram como ferramentas que permitiam tão somente uma reação por parte da sociedade em relação a comportamentos perturbadores ou não usuais adotados por pessoas com transtornos mentais. Os instrumentos legais eram usados principalmente como fonte de poder para a remoção de pessoas com transtornos mentais da convivência pública e para sua internação involuntária e compulsória em hospitais psiquiátricos.

Entretanto, nas últimas duas décadas, houve uma substancial mudança no padrão de legislação que regula as questões de saúde mental. A origem dessa mudança data da década de 1970 e é de natureza global, alcançando as prioridades de cuidados de saúde como um todo. No campo da saúde mental, houve o desenvolvimento de um novo modelo que gira em torno de cinco prioridades principais: descentralização da autoridade; mudança de cuidados hospitalocêntricos para cuidados comunitários; participação ativa da família e da comunidade; integração em cuidados gerais de saúde por meio de envolvimento crescente de cuidadores de saúde não especializados; e, por fim, o foco em prevenção e promoção de saúde. Em 1990, esse novo modelo para cuidados de saúde mental foi claramente conhecido pelas maiores organizações internacionais na Declaração adotada em Caracas<sup>11</sup> em uma conferência organizada pela Organização Pan-americana de Saúde.

Além disso, o direito de toda pessoa com doença mental de viver e trabalhar na comunidade, dentro de suas possibilidades, foi especificamente reconhecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em um conjunto de 25 princípios adotados em 1991, intitulados "Princípios para a proteção de pessoas com doença mental e a melhora de cuidados de saúde mental". Esses princípios representam um importante consenso das nações, tendo um peso significativo na estruturação de normas de saúde mental, em âmbito internacional; podem ser agrupados em três amplas categorias: políticas, técnicas e judiciárias.

Dentro desse contexto, os instrumentos legais que regem a saúde mental parecem estar em uma fase de transição, afastando-se do padrão reativo, marcado pela hospitalização, e aproximando-se de um padrão pró-ativo, caracterizado por cuidados à saúde mental de uma forma integrada ao sistema geral de saúde.

Essa reforma vem recebendo aplausos na medida em que apresenta idéias inovadoras.<sup>3</sup> Por outro lado, tem sido alvo também de críticas pelas falhas em sua implementação. Nesse sentido, segundo Jager, o esvaziamento de hospitais psiquiátricos resultou em uma conhecida negligência e abandono de muitas pessoas com transtornos mentais.<sup>8</sup>

Arboleda-Flórez, que reforça a necessidade de um trabalho integrado em substituição ao modelo hospitalocêntrico, lembra ainda a necessidade de melhor informação em relação às mudanças propostas pela reforma.<sup>12</sup> De acordo com este último autor, o fechamento de hospitais psiquiátricos guarda íntima associação com o movimento de desinstitucionalização, bem como com mudanças legislativas que atendam aos direitos legítimos de pessoas portadoras de transtornos mentais.<sup>13</sup> Entretanto, isso tem uma repercussão na área forense, representada por um aumento de sua demanda, bem como pelo risco de haver a criminalização de pacientes psiquiátricos, que passam a deixar uma instituição hospitalar para pertencerem a uma instituição carcerária.<sup>14</sup>

#### Aspectos peculiares da psiquiatria forense em diferentes culturas

Ao abordar as similaridades e diferenças nas diversas práticas de psiquiatria forense no mundo, Velinov e Marinov enumeram como

ponto comum as dificuldades éticas e profissionais na prática diária, especialmente ao se deparar com conflitos de interesse entre o indivíduo e a sociedade. Outra dificuldade encontrada pelos psiquiatras forenses é o fato de trabalharem sob pressão em instituições de controle social e terem de resolver todos os problemas de comportamento violento dos pacientes.<sup>15</sup>

Por outro lado, esses autores também destacam algumas diferenças. Uma delas é que, em muitos países, a psiquiatria forense não é reconhecida como uma especialidade distinta. Mesmo aonde é reconhecida, existem enormes variações na duração do treinamento, assim como na composição do currículo. As diferenças nas práticas judiciais também merecem ser consideradas, uma vez que elas não permitem uma padronização na prática da psiquiatria forense. Por fim, existem enormes diferenças de um país para outro, ou de uma cultura para outra, na disponibilidade de serviços psiquiátricos forenses, bem como em suas modalidades.

A seguir, serão comentadas algumas peculiaridades da psiquiatria forense praticada em diferentes regiões e culturas.

#### 1. Continente americano

Os países da América Latina adotam a tradição jurídica romana.<sup>16</sup> Na esfera penal, ao contrário do modelo anglo-saxão, consideram os aspectos cognitivo e volitivo para a avaliação da responsabilidade penal.<sup>1</sup> Dessa forma, no exame pericial, avalia-se não apenas a capacidade de entendimento do ilícito penal no momento do ato criminoso (cognição), mas também a capacidade de determinação (volição) de acordo com esse entendimento, criando, além das possibilidades de imputabilidade e inimputabilidade, a condição de semi-imputabilidade.

No entanto, ainda hoje, a maioria das avaliações periciais feitas na América Latina é realizada por profissionais não especializados na área de atuação de psiquiatria forense.<sup>15</sup> Por outro lado, observa-se um progresso contínuo na formação profissional de novos peritos na medida em que se aumentam as oportunidades de aprendizado, tanto teórico quanto prático, nessa área de conhecimento científico.

Embora Folino descreva uma verdadeira conexão entre o sistema psiquiátrico-forense e o sistema de saúde pública na capital argentina,<sup>17</sup> essa não é a realidade brasileira e nem da América Latina em geral.<sup>16</sup> A relação existente entre os sistemas de saúde e de segurança é, em geral, insatisfatória, uma vez que ambos os sistemas operam de forma isolada e desintegrada. A mesma relação ainda insatisfatória encontra-se também entre os profissionais da psiquiatria e os profissionais do direito, relação essa igualmente marcada pela falta de maior integração. Apesar de a América Latina também ter iniciado um processo de reforma psiquiátrica, esse movimento não alcançou a esfera forense e a população carcerária não foi chamada a participar dele.

Em relação aos Estados Unidos, onde se aplica a *common law*, existe um movimento objetivando alterações legislativas, incluindo o debate em torno da inclusão ou exclusão do elemento volitivo na avaliação psiquiátrico-forense. Dessa forma, apesar de se ter criado em 1962 um modelo de código penal (*Model Penal Code*) pelo *American Law Institute*, ele não é seguido de forma unânime. Embora as leis estaduais e federais americanas sejam geralmente similares em suas estruturas, elas variam significativamente em definições e provavelmente na prática.<sup>18</sup> Assim, não existe uma homogeneidade legal e, conseqüentemente, a avaliação psiquiátrico-forense pode variar substancialmente de região para região.

A propósito de uma comparação entre o sistema criminal norte-americano e o sistema criminal brasileiro, Taborda analisa tanto convergências quanto divergências entre eles. Em

relação aos pontos de convergência, o autor lembra que a imputabilidade brasileira tem semelhança com o *Model Penal Code*, uma vez que reúne o conceito de impulso irresistível (que afeta a capacidade de determinação do examinando), criado em 1834 em Ohio, e com a *M'Naghten rule* de 1843, que focaliza a avaliação psiquiátrico-forense na condição cognitiva do examinando, apesar de haver uma diferença entre o conceito do elemento cognitivo americano e o brasileiro.<sup>19</sup>

Por outro lado, diferentemente do que ocorre no Brasil, onde o réu é passivamente defendido por um advogado, nos Estados Unidos, o réu tem uma participação ativa em seu julgamento. Conseqüentemente, ele necessita ter condições mentais para enfrentar o julgamento, o que é chamado de *capacity to stand trial* ou *fitness to stand trial*. Como inúmeros acusados não têm condições mentais de responder ao julgamento, o número de pessoas que permanece por tempo indeterminado aguardando o julgamento é enorme.

O mesmo ocorre no Canadá, já que, na lei anglo-saxã, a avaliação da *competence to stand trial* é fundamental para que um indivíduo se declare culpado ou inocente. Esse país teve uma recente reforma das leis que regem o tratamento de doentes mentais infratores no sistema judicial criminal. No entanto, apesar dessa reforma em 1992,<sup>20</sup> as mudanças observadas tanto na prática clínica quanto judicial foram muito pequenas.

## 2. Europa

Nos países europeus também se observa um grande número de pessoas com transtornos mentais no sistema prisional. Como exemplo, são descritas na literatura taxas de prevalência de transtornos mentais em 1996, incluindo transtornos de personalidade e transtornos relacionados a consumo de substâncias químicas, em indivíduos não sentenciados, na proporção de 64% na Dinamarca,<sup>21</sup> 62% na Inglaterra,<sup>22</sup> 63% em Inglaterra e País de Gales<sup>23</sup> e 62% na Irlanda,<sup>24</sup> embora nem todos estejam em necessidade de tratamento. Já em relação a indivíduos sentenciados, os dados são divergentes.<sup>25</sup>

Blauuw et al. realizaram um estudo em 13 países europeus investigando os transtornos mentais em seus sistemas prisionais. Foram incluídos os seguintes países: Inglaterra e País de Gales, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Latvia, Malta, Holanda, Irlanda do Norte, Polônia, Escócia e Ucrânia. Nos dados colhidos, foram citados vários estudos mostrando que muitos prisioneiros não têm reconhecidas suas necessidades de atenção e tratamento psiquiátrico, já que médicos de sistemas prisionais tendem a desconsiderar a necessidade de transferência de pacientes com doenças mentais graves para hospitais psiquiátricos a fim de receberem assistência mais apropriada.<sup>25</sup>

Ao contrário da carência profissional que se vê em outras regiões, como no continente africano, todos os países pesquisados possuem psiquiatras, psicólogos e enfermeiras treinadas em psiquiatria para fornecerem assistência à saúde mental no sistema prisional. Quando não dispõem desses recursos dentro do próprio sistema, alguns países contratam profissionais externos. Países como a Escócia, Irlanda do Norte, Holanda, França, Inglaterra e País de Gales, devido ao tamanho de seus sistemas prisionais, têm um grande número de enfermeiros treinados em psiquiatria. Já a Grécia, Holanda e Escócia têm um grande número de psiquiatras, enquanto que Finlândia, Malta, Polônia e Escócia têm um grande número de psicólogos. Ainda assim, como a demanda de trabalho é enorme, a relação entre profissionais e pacientes é desequilibrada. Nenhum dos 13 países tem leitos suficientes

para acolher de forma especializada os prisioneiros-pacientes que necessitam de tratamento psiquiátrico.

Na Suécia, o sistema de avaliação psiquiátrico-forense foi reorganizado em 1991, surgindo uma nova legislação em 1992.<sup>26</sup> Um dos objetivos da mudança era diminuir o número de criminosos que eram transferidos para o sistema de tratamento psiquiátrico-forense em vez de irem para a prisão.<sup>27</sup> Para se alcançar esse objetivo, refinaram-se os critérios médico-legais para insanidade, de forma que eles se tornaram mais estritos. Para que o indivíduo infrator recebesse tratamento psiquiátrico forense, ele teria que apresentar um transtorno mental grave, representado pelas psicoses, e alguns casos especiais de transtorno de personalidade. Entretanto, observou-se que isso não ocorreu, sendo que a média de 50% dos criminosos declarados insanos não diminuiu. Isso porque, embora o número de casos de transtorno de personalidade como causa médico-legal de insanidade tenha caído, aumentou-se o número de casos de psicose inespecífica.

## 3. África

Talvez o que mais caracterize a realidade africana seja a carência de recursos profissionais.<sup>28</sup> A maior parte dos que atuam na área de psiquiatria forense não recebe uma formação ou treinamento adequados antes de iniciarem seus trabalhos; mas, de acordo com Njenga, a realidade da psiquiatria forense no continente africano não é suficientemente conhecida para receber uma descrição de forma homogênea e uniforme.<sup>29</sup>

A Nigéria apresenta uma peculiaridade que chega a constituir um problema forense: a maioria das pessoas procura por curandeiros para solucionar seus problemas físicos e psíquicos. Isso pode se tornar problemático, na medida em que a Justiça não aceita o testemunho desses curandeiros. Outra dificuldade é o fato de o código penal ser todo escrito na língua inglesa, uma vez que 70% da população nigeriana não sabe esse idioma.<sup>6</sup>

A maioria dos hospitais psiquiátricos africanos está localizada em "guetos econômicos" das cidades e as unidades forenses são, por sua vez, localizadas nos locais de segurança máxima desses hospitais. Embora localizadas dentro de hospitais, as unidades são praticamente uma extensão das prisões. Além da falta de instalações adequadas, a maioria dos países tem uma média de um psiquiatra para um milhão de habitantes. Os pacientes que necessitam de cuidados forenses encontram-se em uma situação pior e podem viver praticamente uma sentença perpétua. Na África do Sul, por exemplo, segundo Bateman, o número de psiquiatras não cresceu nos últimos 30 anos.<sup>28</sup>

Os direitos humanos e a dignidade no continente africano, no que tange aos cuidados de saúde mental, nem sempre são lembrados. Os pacientes mais graves recebem visita médica poucas vezes ao mês. Os que não se encontram em tais condições não são sequer re-examinados. Existe uma quase total falta de médicos e medicamentos.

Quanto à legislação em saúde mental, ela não existe na maioria dos países africanos. Entre os que possuem, alguns têm versões coloniais desatualizadas, que datam de antes de eles se tornarem países independentes. Em várias regiões africanas, a tentativa de suicídio é considerada crime, como, por exemplo, na Nigéria. O psiquiatra africano precisa tentar explicar e convencer os profissionais do direito do porquê da necessidade de alguém que tenta o suicídio ir para uma unidade de saúde mental em vez de ir para prisão. Ao mesmo tempo, os psiquiatras ameaçam pacientes que tentaram suicídio de relatar suas tentativas à polícia, caso não queiram permanecer na instituição para tratamento. A maior parte do sis-

tema legal na África, com exceção da África do Sul, trata a homossexualidade como uma matéria criminal. A prática homossexual é vista nessas sociedades como evidência de insanidade ou um ato criminoso.

#### 4. Oceania

A Austrália é uma federação composta por seis Estados e dois territórios. A sua realidade legal é marcada por grande heterogeneidade. Esse país, a princípio, aplica a tradição legal da *common law*. No entanto, cada um de seus oito Estados e territórios tem sua própria legislação de saúde mental, códigos criminais, serviços correccionais e sistema de saúde pública.<sup>30</sup> Três Estados (Queensland, Austrália do Sul e Western Australia) possuem códigos criminais, mas nos demais Estados e territórios a lei criminal existe por estatuto.<sup>31</sup> Dessa forma, apesar dos esforços para se alcançar uma homogeneidade legal, existem diferentes sistemas psiquiátrico-forenses, apesar da influência relativa que o governo federal possa exercer sobre seus Estados e territórios.

Os exemplos citados por Müllen et al. ilustram bem essa realidade. Na Austrália do Sul, o elemento volitivo é considerado na avaliação psiquiátrico-forense, ao passo que não o é em Vitória e no Território da Capital da Austrália (*Australian Capital Territory*). No entanto, curiosa e incoerentemente, mesmo que se leve em conta a volição na Austrália do Sul, o transtorno de personalidade, ainda que grave, não é considerado uma condição que comprometa a responsabilidade penal.<sup>30</sup>

Ademais, a lei no Território da Capital da Austrália, além de não aprovar a inclusão de transtorno severo de personalidade, introduz um novo termo, "disfunção mental", com limites marcadamente amplos. Vitória, por sua vez, evita diretrizes de definição de comprometimento mental em sua legislação, prevalecendo o casuísmo que caracteriza a *common law*. Nova Gales do Sul não adotou o modelo de código promulgado por um comitê em 1995. Assim, fez reformulações diferentes no que diz respeito à responsabilidade diminuída enquanto, simultaneamente, manteve outros aspectos em sua prévia legislação, que guarda similaridade com o modelo proposto.

Enfim, apesar de os estados australianos reconhecerem apertadamente o empenho do governo federal no sentido de estimular uma uniformidade legal no campo psiquiátrico-forense, na prática cada jurisdição comporta-se à sua maneira. Da mesma forma, os serviços de saúde mental forense são de responsabilidade dos governos estaduais, sendo o papel do governo federal o de defender determinadas estratégias de ação consideradas por ele como importantes. Os serviços psiquiátrico-forenses são tanto de natureza pública (sobretudo os casos criminais), quanto de natureza privada (essencialmente os casos civis).

Os pacientes com diagnóstico primário de transtorno de personalidade ou abuso de substância na Austrália não se enquadram, legalmente, no grupo de indivíduos que se beneficia dos serviços de psiquiatria forense. No entanto, existem várias pressões por parte dos fóruns ou outras instituições sobre os serviços forenses para a aceitação daqueles pacientes com severos transtornos de personalidade entre a população criminosa que está criando problemas por lesão a si mesma ou comportamentos seriamente irresponsáveis.<sup>31</sup>

Na Austrália, os agressores sexuais geralmente também não se beneficiam dos serviços de saúde mental. O ponto de vista predominante é o de que a ofensa sexual por si mesma não indica um tratamento psíquico. Seria mais correto dizer "não indicaria", uma vez que a prática revela o contrário. Ou seja, na prática, os serviços de saúde mental forense fornecem, sim, terapia para os agressores sexuais. Isso talvez pelo fato

de que os programas de tratamento dessa clientela sejam realizados por profissionais que não são dos serviços de saúde, mas diretamente da prisão em que se encontram os agressores.

Na Nova Zelândia, houve uma reforma da *Mental Health Act* em 1992. Essa reforma legislativa proporcionou um rápido desenvolvimento psiquiátrico-forense, mesmo não havendo, naquele país, uma legislação específica na área forense. No entanto, foi possível perceber com clareza uma grande repercussão dessa reforma na prática clínica, tanto na esfera civil quanto penal.

As principais mudanças, comparadas com a versão anterior, segundo Brinded, foram: uma definição mais estreita e específica do que seja transtorno mental; um reconhecimento explícito de identidade cultural e valorização do bem-estar do paciente; o estabelecimento de uma estrutura legal para determinação de tratamentos comunitários que possibilite que o paciente seja cuidado dentro de sua casa ou comunidade; a criação de procedimentos que possibilitem revisão e apelação de decisões sobre as condições e estados legais dos pacientes; e, por último, a especificação dos direitos dos pacientes sujeitos a avaliação e tratamento compulsório, bem como a provisão para investigação e reparação de qualquer violação desses direitos.<sup>32</sup>

#### 5. Ásia

A maioria dos países árabes não possui legislação específica para saúde mental, legislação essa que se encontra em fase de desenvolvimento nos países islâmicos. Isso não impede, no entanto, que a psiquiatria forense tenha seu lugar. São consideradas a capacidade *to stand trial* e a *insanity defense*. Como não existe crime se não houver intenção criminal, *mens rea* é bem aceito e necessário para a culpa. A insanidade na lei islâmica é determinada pela corte com base em avaliação psiquiátrica.<sup>33</sup>

Sob a lei islâmica, a periculosidade não é, necessariamente, um critério importante para internação involuntária. Isso porque a ênfase não é dada à proteção da liberdade, mas à provisão de cuidados da saúde mental.<sup>5</sup> No entanto, não existe uma descrição satisfatória sobre os serviços de saúde mental pelo fato de existirem mais de 50 Estados islâmicos. Tais recursos terapêuticos são escassos nos Estados islâmicos, quando comparados aos padrões ocidentais.

Uma peculiaridade interessante é que o islamismo defende a confidencialidade profissional do médico (não perito) a tal ponto que algumas autoridades chegam até mesmo a defender o falso testemunho dado por médicos que são pressionados no tribunal a quebrarem a confidencialidade, afirmando que, assim agindo, eles não serão punidos por Allah.<sup>34</sup> Outra peculiaridade é que somente psiquiatras muçulmanos podem emitir opinião sobre um paciente muçulmano durante o julgamento.<sup>5</sup>

Já em relação ao Japão, é conhecida a grande preocupação existente em relação ao grande estigma vivido pelo indivíduo com transtorno mental, bem como seus familiares, o que é evidenciado, dentre outras coisas, pela grande dificuldade de acesso à moradia e emprego que os pacientes enfrentam.<sup>35</sup> Conseqüentemente, existem grandes críticas sobre a negligência dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos neste país.<sup>36</sup>

A sua legislação acerca das questões de saúde mental tendia claramente para a custódia do paciente,<sup>37</sup> em vez de tender para um envolvimento maior em seus cuidados terapêuticos. No entanto, a revisão da Lei de Saúde Mental, em 1987, promoveu medidas protetoras em relação aos pacientes forenses, embora ainda não de forma satisfatória. Talvez as maiores mudanças estejam ocorrendo em razão de muitos pacientes psiquiátricos japoneses estarem se reunindo em associações e ocupando lugares na mídia, lutando por seus direitos.

A Índia, por sua vez, tem o que se poderia chamar de uma bela teoria, mas uma prática deficitária. Em outras palavras, sua *Mental Health Act*, de 1987, foi construída durante décadas e é uma tentativa legítima de atualização de políticas humanitárias em psiquiatria. No entanto, como diz Ganju, esse documento ainda encontra-se mais no plano da ideologia do que da realidade, devido a uma infra-estrutura de saúde mental deficitária.<sup>38</sup>

Por fim, a Rússia, contrariamente ao movimento mundial de reforma psiquiátrica, praticamente não modificou o seu sistema hospitalocêntrico. Na verdade, o número de leitos hospitalares começou a diminuir, sim, mas por dificuldades financeiras,<sup>39</sup> sendo o modelo de assistência psiquiátrica atual basicamente o mesmo da época da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. O perito psiquiatra pode vir a ser criminalmente responsabilizado na Rússia se ele se recusar a dar uma conclusão em um determinado julgamento. Por outro lado, ele também não pode divulgar os resultados de uma perícia sem uma autorização judicial prévia.

### Conclusão

A aquisição de conhecimento e a tomada de consciência da realidade psiquiátrico-forense em âmbito mundial enfrentam, basicamente, dois grandes obstáculos. O primeiro diz respeito à sua imensa heterogeneidade, proveniente de diversos fatores: cultural, político, jurídico, religioso, etc. Tal heterogeneidade, por vezes dentro de um próprio país, dificulta sua descrição de forma clara. O segundo obstáculo é representado pelo próprio desconhecimento de muitas realidades culturalmente diferentes. Como exemplo, pouca coisa se divulga em inglês acerca da realidade islâmica, o que dificulta um melhor acesso à informação. Assim sendo, é importante a publicação de artigos como este, por mais incompleto que ele tenha de ser, visto que tal prática ajuda coletar, pouco a pouco, os elementos que compõem essa realidade tão complexa e heterogênea.

### Referências

1. Abdalla-Filho E, Engelhardt W. A prática da psiquiatria forense na Inglaterra e no Brasil: uma breve comparação. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(4):245-8.
2. Poitras S, Bertolote JM. Mental health legislation: international trends. In: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H, eds. *Contemporary Psychiatry. Vol 1. Foundations of Psychiatry.* New York, NY: Springer; 2000.
3. Arboleda-Florez J. Forensic psychiatry: contemporary scope, challenges and controversies. *World Psychiatry.* 2006;5(2):87-91.
4. Bertolote JM, Taborda JG, Arboleda-Florez J, Torres F. The impact of legislation on mental health policy. In: Sartorius N, Gaebel W, Lopez Ibor JJ, Maj M, eds. *Psychiatry in Society.* West Sussex, UK: John Wiley & Sons; 2002.
5. Pridmore S, Pasha MI. Psychiatry and Islam. *Australas Psychiatry.* 2004;12(4):380-5.
6. Mafullul YM. Forensic psychiatry in Nigeria: the current status. *Am J Forensic Psychiatry.* 2003;24(4):45-64.
7. Gutheil TG. The history of forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2005;33(2):259-62.
8. Jager AD. Forensic psychiatry: a developing subspecialty (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):92.
9. Konrad N. Forensic psychiatry in dubious ascent (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):93.
10. Sharma S, Sharma G. Exploring evolving concepts and challenges in forensic psychiatry. experience (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):97-8.
11. Pan American Health Organization (PAHO). Declaration of Caracas, 1990. *Inter Dig Health Legislation.* 1991;42(2):361-3.
12. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. *Assesment, treatment and community reintegration of the mentally disordered offender. Final Report. Forensic Mental Health Services, Expert Advisory Panel.* [cited 2006 Feb 5]; [Available at: [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/forensic\\_panel/final\\_report.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/mhitf/forensic_panel/final_report.pdf)]. 2002.
13. Arboleda-Florez J. On the evolution of mental health systems. *Curr Opin Psychiatry.* 2004;17:377-80.
14. Sestoft D. Crime and mental illness: it is time to take action (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):95.
15. Velinov VT, Marinov PM. Forensic psychiatric practice: worldwide similarities and differences (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):98-9.
16. Taborda JG. Forensic psychiatry today: a Latin America view (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):96.
17. Folino JO, Vazquez JM, Sarmiento D. Forensic psychiatric system in the Province of Buenos Aires. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(5-6):567-77.
18. Bloom JD, Williams MH, Bigelow DA. The forensic psychiatric system in the United States. *Int J Law Psychiatry.* 2003;23(5-6):605-13.
19. Taborda JG. Os sistemas de justiça criminal brasileiro e anglo-saxão: uma comparação. In: Taborda JG, Chalub M, Abdalla-Filho E, eds. *Psiquiatria Forense.* Porto Alegre: Artmed; 2004.
20. Stuart H, Arboleda-Florez J, Crisanti AS. Impact of legal reforms on length of forensic assessments in Alberta, Canada. *Int J Law Psychiatry.* 2001;24(4-5):527-38.
21. Andersen HS, Sestoft D, Lillebaek T, Gabrielsen G, Kramp P. Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand. *Int J Law Psychiatry.* 1996;19(1):61-74.
22. Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ.* 1996;313(7071):1521-4.
23. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A. Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales. *BMJ.* 1996;313(7071):1524-7.
24. Smith C, O'Neill H, Tobin J, Walshe D, Dooley E. Mental disorders detected in an Irish prison sample. *CBMH.* 1996;6(2):177-83.
25. Blaauw E, Roesch R, Kerkhof A. Mental disorders in European prison systems. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(5-6):649-63.
26. Holmberg G. Forensic psychiatric research in the Nordic countries - current state, potentials and possibilities. *Nord J Psychiatry.* 1998;51(Suppl 39):15-32.
27. Grann M, Holmberg G. Follow-up of forensic psychiatric legislation and clinical practice in Sweden 1988 to 1995. *Int J Law Psychiatry.* 1999;22(2):125-31.
28. Bateman C. The insanity of a criminal justice system. *S Afr Med J.* 2005;95(4):208, 210, 212.
29. Njenga FG. Forensic psychiatry: the African experience (commentary). *World Psychiatry.* 2006;5(2):97.
30. Mullen PE, Briggs S, Dalton T, Burt M. Forensic mental health services in Australia. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(5-6):433-52.
31. Jager AD. Forensic psychiatric services in Australia. *Int J Law Psychiatry.* 2001;24(4-5):387-98.
32. Brinded PM. Forensic Psychiatry in New Zealand. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(5-6):453-65.
33. Murad I, Gordon H. Psychiatry and the Palestinian population. *Psychiatric Bull R Coll Psychiatr.* 2002;26:28-30.
34. Chaleby K. Issues in forensic psychiatry in Islamic jurisprudence. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;25(1):117-24.
35. Kuno E, Asukai N. Efforts toward building a community-based mental health system in Japan. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(3-4):361-73.
36. Mandiberg J. The Japanese mental health system and law: social and structural impediments to reform. *Int J Law Psychiatry.* 1996;19(3-4):413-35.
37. Salzberg SM. Japan's new mental health law: more light shed on dark places? *Int J Law Psychiatry.* 1991;14(3):137-68.
38. Ganju V. The Mental Health System in India. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(3-4):393-402.
39. Ruchkin VV. The forensic psychiatric system of Russia. *Int J Law Psychiatry.* 2000;23(5-6):555-65.