



## Direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e do comportamento no Brasil: a necessidade de autoafirmação e reconhecimento

Rights of people with mental disorder and behavior in Brazil: the need for recognition and self-affirmation

Maria de Fátima Freire de Sá\*  
Diogo Luna Moureira\*\*

### Resumo

Propõe-se com o presente artigo a análise do tratamento dispensado às pessoas que padecem de transtornos mentais e do comportamento, com o objetivo de compreender, não apenas sob uma perspectiva médica, mas, sobretudo social e jurídica, o modo como os indivíduos humanos lidavam com estes transtornos, revelando, assim, a construção cultural e imagética que fora feita em torno de indivíduos que exteriorizavam certas diferenças mentais e comportamentais, bem como as consequências que suportaram em virtude delas. O modo como permitimos seja potencializada a relação do “eu” com o “outro” determina de modo preciso os contornos que atribuímos à nossa rede comunicativa de interlocução e interdependência no decorrer da história. Neste contexto, é certamente no âmbito dos transtornos mentais e do comportamento que se verifica uma intensa e conturbada argumentação científica e sociocultural repleta de obscuridades, ambiguidades e contradições.

**Palavras-chave:** Transtornos mentais e do comportamento. Autonomia. Direito ao livre Desenvolvimento e reconhecimento.

### Abstract

The present article proposes the analysis of the treatment given to the people who suffer from mental and behavioral disorders, with the objective of understanding, not only from a medical point of view, but especially social and legal, the way individuals dealt with these disorders, revealing, thus, the cultural and imagery construction that was built around individuals who externalized certain mental and behavioral differences, as well as consequences which they endured because of them. The way we allow that the relation between "me" and "other" be enhanced, determines in an accurate way the edges that we apply to our communicative network of interlocution and interdependence in the course of history. In this context, it is certainly in the scope of mental and behavioral disorders that there is a large and troubled scientific and sociocultural argument replete with obscurities, ambiguities, and contradictions.

**Keywords:** Mental and behavioral disorders. Autonomy. Right to free development and recognition.

---

\* Doutora em Direito Constitucional pela UFMG e Mestre em Direito pela PUC Minas. Professora dos Cursos de Pós-graduação em Direito da PUC Minas. Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Civil da PUC Minas. Pesquisadora do Centro de Estudos em Biodireito. Contato: mfatimasa@uol.com.br

\*\* Doutorando e Mestre em Direito Privado pela PUC Minas. Professor do curso de graduação em Direito da Faculdade de Ciências Humanas da FUNCESI. Pesquisador do Centro de Estudos em Biodireito Contato: luna\_diogo@yahoo.com.br

## Introdução

Compreender o tratamento dispensado aos transtornos mentais e do comportamento ajuda-nos a entender, não apenas sob uma perspectiva médica, mas, sobretudo social e jurídica, o modo como os indivíduos humanos lidavam com estes transtornos, revelando, assim, a construção cultural e imagética que fora feita em torno de indivíduos que exteriorizavam certas diferenças mentais e comportamentais, bem como as consequências que suportaram em virtude delas.

O modo como permitimos seja potencializada a relação do “eu” com o “outro” determina, de modo preciso, os contornos que atribuímos à nossa rede comunicativa de interlocução e interdependência, no decorrer da história. Assim, ver o outro como igual ou como diferente, respeitar a sua diferença ou mesmo negá-la, são meios que estabelecemos para definir nossas relações.

Dentre as mais variadas formas que definem as relações intersubjetivas criadas e recriadas pelo “eu” e o “não-eu” (outro), no decorrer da história da humanidade, a conceituação e a realização prática de *estigmas* são as responsáveis pelas obscuridades, ambiguidades e contradições que formatam algumas complexidades destas relações, quicá as mais ásperas. Estigma é, segundo Erving Goffman, a situação na qual um indivíduo é submetido a uma condição desqualificadora, não gozando de completa aceitabilidade social (GOFFMAN, 2008). Trata-se da impressão de um signo negativo que subjuga o indivíduo a determinadas condições que o impede de se autoafirmar enquanto outro em um contexto relacional. O processo de estigmatização é produto da projeção sociocultural de determinados juízos valorativos sobre algo ou alguém que o torna desqualificado perante outro ou outrem.

Neste contexto, é certamente no âmbito dos transtornos mentais e do comportamento que se verifica uma intensa e conturbada argumentação científica e sociocultural repleta de obscuridades, ambiguidades e contradições. Isso ocorre em virtude das variações cognitivas e dos estigmas paradoxais que formataram a compreensão dos transtornos mentais e do comportamento. A definição, a classificação, a categorização e a sistematização destes transtornos refletem um complexo emaranhado interpretativo formulado pelos indivíduos humanos em um contexto de vivência compartilhada.

Tal complexidade é construída, destruída e reconstruída no epicentro de uma realidade dialógica que formata as relações sociais, fazendo com que o tema “saúde mental” apresente-se de modo polissêmico e plural, posto dizer respeito tanto ao estado mental dos sujeitos quanto da coletividade (AMARANTE, 2010). Falar em direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais pressupõe a compreensão de como tais transtornos foram compreendidos nos mais diversificados âmbitos das relações sociais (Ética, Política e Direito), possibilitando a releitura de uma realidade em processo de construção.

### **1 Doença da alma, loucura e doença mental: um breve histórico da clausura forçada ao respeito à autonomia**

Para uma coerente reconstrução descritiva do modo como os transtornos mentais e do comportamento foram tratados na história da sociabilidade humana é preciso, inevitavelmente, revolver contornos morais, políticos e jurídicos próprios de cada época, além, é claro, do gradativo progresso científico em torno das vicissitudes da saúde mental.

No contexto da Filosofia grega, os transtornos mentais estão associados a uma “doença da alma”. No livro IV de “*A República*” de Platão, a alma (*psykhé*) é dividida em três partes: *tò logistikón* (o racional), *thymocidés* (o impetuoso) e *epithymetikon* (o apetitivo). Há, pois, na alma um elemento racional (raciocínio) e outro irracional (desejos, satisfações e prazeres) que convivem intensamente no homem, sendo o desequilíbrio de tais elementos os responsáveis pelo padecimento de uma doença da alma, quais sejam, a insensatez, a intemperança, a injustiça e a impiedade.

A Medicina hipocrática, por sua vez, conduziu os transtornos mentais ao seu aspecto fisiológico, justificando-os a partir da compreensão do funcionamento de fluidos corporais que mantinham o equilíbrio do corpo. Segundo Eijk (2009, p. 22), o projeto de “naturalização da mente” de Hipócrates refere-se à tendência da sua época em “fornecer explicações naturais para fenômenos até então explicados tendo-se como referência a ação divina direta”.

Na Idade Média, por outro lado, os transtornos mentais e do comportamento estavam associados a alguma possessão demoníaca, ou, em determinadas situações, poderiam ser compreendidos como ato de “renúncia individual” em prol de uma santificação “histórica”. De acordo com a teologia cristã, afirma Porter (2003), o

Espírito Santo e o Diabo digladiavam pela posse da alma humana, de forma que desesperos, angústias e outros transtornos mentais eram explicados por esta enfermidade da alma provocada por forças sobrenaturais. O tratamento a tais enfermidades se dava, por certo, com emprego de meios espirituais que visavam acalmar a alma do indivíduo.

Superados alguns aspectos dos misticismos, que explicavam os transtornos mentais e do comportamento, o Renascimento promove a instauração de um novo modo de compreensão da loucura, na medida em que abandona o lugar a ela atribuído na hierarquia dos vícios pela Idade Média e passa a ocupar o primeiro posto na natureza humana, qual seja o de conduzir “o coro alegre de todas as fraquezas humanas.” (FOUCAULT, 2009, p. 23).

A partir deste contexto humanista, os transtornos mentais e do comportamento passam a ser explicados não pela desarmonia de fluidos corporais ou perturbações da alma (Idade Antiga), nem tampouco como manifestações demoníacas (Idade Média), mas como algo que se manifesta na natureza do homem. Trata-se de algo que se relaciona com o homem nele mesmo.

O amadurecer da Modernidade colocou o homem no centro das problemáticas existenciais e introduziu os conceitos de subjetividade e autonomia como foco central das especulações teóricas. O processo de afirmação do *homo rationalis* deságua na máxima moderna cartesiana do *cogito ergo sum* (penso, logo existo). A mente assume papel de fundamental importância neste contexto, pois é através dela que o “eu” racional se autoafirma. Na obra “*Meditações sobre Filosofia Primeira*”, Descartes apresenta a natureza do espírito humano como sendo algo pensante, de forma que o “eu” será sempre algo enquanto pensar. O pensamento é a essência do “eu”; o atributo da alma que faz com que o “eu” exista (DESCARTES, 2008, p. 27).

Os transtornos mentais deixam de ser tratados como transtornos espirituais e passam a ser compreendidos e explicados a partir de argumentos fisiológicos. Entretanto, os métodos terapêuticos adotados pela Medicina, ou mesmo os métodos jurídicos para inserir determinados indivíduos na sociedade, carregavam consigo uma série de intempéries éticas que favoreciam o desrespeito à dignidade da pessoa que padecia de algum transtorno denominado “loucura”.

A associação cartesiana da loucura ao sonho e ao erro (DESCARTES, 2008) favoreceu o que Foucault (2009) denominou de banimento da loucura na modernidade

pós-cartesiana Consequência prática desta formulação foi o efetivo banimento social dos “loucos” através do processo emergente de isolamento em constantes internações, como ocorrido na França (FRANKFURT, 2008).

A segregação dos “loucos”, entretanto, não pode ser atribuída, tão somente, às consequências da moderna filosofia cartesiana, porém, com ela se potencializa. Já na Idade Média, vê-se crescente o processo de segregação dos loucos e demais indivíduos portadores de alguma moralidade desviada, como propósito da caridade cristã.

Em 1247 foi fundada na Inglaterra a casa religiosa Santa Maria de Belém, posteriormente transformada no *Bethlem Hospital*, que desde a sua criação tinha como escopo acolher e cuidar dos loucos. Segundo Porter (2003), o *Bethlem Hospital* ficou conhecido como um dos lugares turísticos de Londres na medida em que suas dependências eram abertas à visita do público, permitindo que seus internos estivessem em exibição como se fossem animais de um zoológico humano ou personagens de um espetáculo qualquer

Para além da “caridade” que respaldava o recolhimento dos loucos pela cristandade, é fato que tal ato mostrava-se de relevante utilidade social, tendo, posteriormente, o Estado aderido aos propósitos de reclusão e institucionalizado o recolhimento dos loucos não por normas morais, mas normas jurídicas. Tal processo de estatização ganhou evidência na França por meio da criação do *Hôpital Général de Paris* (Hospital Geral de Paris), por meio de Decreto de Luis XIV, de 27 de abril de 1656.

A forma como o Hospital Geral foi projetado e os poderes atribuídos aos seus diretores favoreceram o surgimento de uma “estrutura semijurídica”, pois embora apresentasse como uma entidade administrativa, atuava lado a lado dos tribunais, podendo, no âmbito de sua circunscrição, decidir, julgar e condenar indivíduos que tivessem sob sua guarda (FOUCAULT, 2009).

Todo este processo de confinamento ocorrido, sobretudo, na França do século XVII favoreceu o surgimento da estigmatização em torno do indivíduo “louco” como se besta fosse. A clausura, na qual os loucos foram colocados, representou a segregação de selvagens em jaulas, sendo eles submetidos a tratamentos desumanos e degradantes, já que nenhum reconhecimento lhe era possibilitado em torno da sua humanidade ou sequer da sua autonomia.

Esta realidade perdurou até o final do século XVII e início do século XVIII, quando da formulação e implementação de métodos terapêuticos que primavam por um

enfoque racional e humano do controle das enfermidades mentais. Tal reformulação tem como referência o médico francês Phillipe Pinel (1759-1826) e o italiano Vincenzo Chiarugi (1759-1820).

A humanização proposta por Pinel favoreceu a compreensão da loucura como um transtorno mental e, por conseguinte, o seu tratamento deveria ser efetivado através de procedimentos psicológicos que favorecessem a recuperação das capacidades mentais do enfermo, e não mediante medidas inconsequentes como as sujeições físicas. Segundo Porter (2003), Phillipe Pinel compreendeu a loucura como uma crise da disciplina interna e racional de quem a padecia, de modo ser necessário reavivar as faculdades morais e psicológicas do indivíduo até que a coerção externa fosse suplantada pelo autocontrole interno.

Não diferente de Phillipe Pinel, outro médico de fundamental importância na implementação dos esforços humanitários para o tratamento da loucura foi o florentino Vincenzo Chiarugi (1759-1820), que refutou a compreensão dualista entre corpo e alma e afirmou estar a enfermidade mental associada ao complexo unitário que relacionava corpo e alma. Assim, para Chiarugi a enfermidade mental estaria associada às interferências dos estados corporais à mente, através das atividades dos sentidos e do sistema nervoso (PORTER, 2003).

Em consequência, tratamentos desumanos como o emprego de sujeições físicas trariam prejuízos à melhora do paciente. Assim, Chiarugi “rechaçou os métodos que se baseavam na custódia, nos fármacos e na sujeição física; em seu lugar, promoveu terapias que tratavam os loucos como seres humanos.” (PORTER, 2003, p. 107) Foi através da implementação de métodos terapêuticos humanistas, que tanto Pinel quanto Chiarugi buscaram eficiência nas terapias aplicadas ao tratamento da enfermidade mental.

O século XIX foi marcado pelas constantes investigações acerca da patologia da loucura e todas as suas descrições e classificações clínicas. Enfermo mental deixa de ser tão somente aquele indivíduo submetido a uma internação. Graças aos gradativos esforços em classificar os transtornos mentais, a doença mental passou a ser diagnosticada em indivíduos que, embora enfermos, não estavam e não necessariamente precisariam estar internados.

É inegável o expressivo avanço da Psiquiatria no séc. XIX e a sua imediata interferência nos métodos terapêuticos até então empregados no tratamento da loucura.

A partir do século XIX, ela assumiu não apenas o papel de uma Ciência Médica em desenvolvimento, que buscava oferecer respostas aos possíveis transtornos mentais que acometiam os indivíduos humanos, mas, sobretudo, em uma Ciência capaz de interferir na moralidade social da época.

O movimento do Romantismo alemão, por exemplo, demonstrou o interesse dos filósofos e cientistas por aquilo que é irracional e está atrelado às faculdades mentais do indivíduo humano, bem como às suas possibilidades enquanto ser em constante pulso de vida. Favorecendo-se, pois, o surgimento da Psicanálise.

Já no século XX novas definições foram dadas aos transtornos mentais, bem como novos métodos terapêuticos implementados, sob muitas discussões entre adeptos e críticos. Mudanças ocorreram nas técnicas que implicavam qualquer tipo de sujeição física, bem como os hospitais psiquiátricos foram se tornando cada vez mais liberais, uma vez que os indivíduos que padeciam de transtornos mentais passaram a ser reconhecidos como pessoas detentoras de dignidade e direitos, como qualquer outra.

Inegável a importância de Sigmund Freud na consolidação de um novo método terapêutico no século XX, que explora o inconsciente do paciente (a Psicanálise). Porém, o que desperta maior interesse para o presente trabalho são os métodos terapêuticos implementados pela Psiquiatria, no referido século, com o intuito de melhorar a condição de vida do paciente que padece de algum transtorno mental e do comportamento. Tratam-se, especificamente, da eletroconvulsoterapia, das psicocirurgias (como a lobotomia) e dos psicofármacos.

A eletroconvulsoterapia passou a ser utilizada com certa frequência no ano de 1938 pelo médico Ugo Cerletti para aliviar depressões severas apresentadas por seus pacientes. Trata-se de um método terapêutico que “envolve a passagem de um estímulo elétrico entre dois eletrodos colocados no couro cabeludo” (ROCHA; CUNHA, 1999, p. 4), cuja indicação deve ser precisa e específica, via de regra utilizada para tratamento de grave depressão.

Por outro lado, as psicocirurgias são uma espécie de intervenção médica-cirúrgica que começaram a ser usadas no ano de 1930 quando o neurólogo Egas Moniz, da Universidade de Lisboa, sustentou ser possível a melhora de pacientes obsessivos e depressivos através da leucotomia, isto é, “uma separação cirúrgica das conexões entre os lóbulos frontais e o resto do cérebro” (PORTER, 2003, p. 191). Hoje, as psicocirurgias não são mais aceitas em virtude dos severos efeitos causados nos pacientes.

Por fim, mais expressiva foi a revolução proporcionada pelos psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais e do comportamento. O constante avanço da indústria farmacêutica na busca por psicotrópicos favoreceu o surgimento de drogas capazes de controlar determinados transtornos e dar ao tratamento psiquiátrico novos rumos, como a desinstitucionalização do tratamento e a reinserção do indivíduo no convívio social.

Embora possíveis soluções tenham sido apresentadas pelo século XX ao tratamento dos transtornos mentais e do comportamento, como os novos métodos terapêuticos acima mencionados, ainda hoje em constante processo de amadurecimento prático-teórico, problemas são recorrentes no século XXI. Dentre estes, pode-se citar a legitimidade das intervenções médicas (a lobotomia, por exemplo) e a busca pelo consentimento informado de indivíduos que tem reduzida a sua capacidade cognitiva (os chamados vulneráveis); a dependência dos indivíduos a determinados psicofármacos; a interferência produzida por psicofármacos na formação da personalidade do indivíduo humano; o poderio econômico que se tem criado em torno das empresas que exploram a psicofarmacologia; a liberdade da pesquisa *versus* a dignidade do sujeito da pesquisa, notadamente no que diz respeito ao seu direito de saber e não-saber, a internação não consentida etc. Tratam-se de problemas éticos, políticos, econômicos e jurídicos que merecem ser discutidos seriedade.

Fato é que com o pós Segunda Guerra Mundial novos contornos foram dados às relações intersubjetivas, valorizando-se o outro enquanto diferente e, portanto, merecedor de respeito, tal como qualquer outro. O pluralismo constitutivo da sociedade moderna favoreceu a expansão do pensamento moral e a proteção jurídica de indivíduos que padecem de transtornos mentais e do comportamento, a ponto de se questionar se a enfermidade mental trata-se de uma psicopatologia real com uma base orgânica autêntica, ou se trata de um mito social.

## **2 O sistema de saúde mental brasileiro: as normas precursoras da lei 10.216/2001**



Não há provas de que no Brasil-Colônia havia algum tipo de política de saúde mental, muito embora a transferência da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro, em 1808, tenha motivado inúmeras transformações nos meios culturais e científicos do país. A exemplo do que ocorria em outras partes do mundo, pessoas acometidas por qualquer perturbação mental, ou viviam trancafiadas em suas próprias casas, em razão da vergonha das famílias, ou perambulavam pelas ruas e sobreviviam da caridade alheia, sempre sujeitas a piadas e chacotas. Se soltas na cidade, e incomodavam a população no sentido de perturbar a ordem pública ou agirem contra os bons costumes, eram presas nas cadeias, dividindo espaço com presos comuns.

Havia ainda a possibilidade de acabarem suas vidas nas fogueiras da inquisição se, em surtos psicóticos, expressassem delírios místicos. Figueiredo (2010, p. 29) afirma que este foi o destino da cristã-nova Ana Roiz, da família dos Antunes, em Matoim, no recôncavo baiano. “Seu corpo, tosco, retornou ao Brasil e foi exposto publicamente”.

No Brasil-Império, especificamente no ano de 1841, surgiu o Decreto n. 82 que criou o “Hospício de Pedro II destinado aos alienados”, na cidade do Rio de Janeiro, assim redigido:

Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência: hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício Pedro II, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, debaixo de minha imperial proteção, aplicando desde já para princípio de sua fundação o produto das subscrições promovidas por uma comissão da praça do comércio, e pelo provedor da sobre dita Santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir. Candido José de Araújo Vianna, do meu conselho, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império o tenha assim entendido e faça executar com os despachos necessários. Palácio do Rio de Janeiro, 18 de julho de 1841, ao da Independência e do Império. Com a rubrica de S. M. o Imperador, Candido de Araújo Vianna (PAIM, 1976, p. 12-13).

Para Figueiredo (2010, p.30), foi este o primeiro esboço de uma política de saúde mental no Brasil. Daí para frente, outros decretos surgiram, dentre eles “o Decreto n. 8.024, de 1881, que cria as cadeiras de doenças nervosas e mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, as duas primeiras instaladas no Brasil, em 1808, por ocasião da chegada da Família Real fugindo da perseguição napoleônica”.

A partir de então, vários hospícios surgiram. A exemplo do que ocorria em outras partes do mundo, o modelo utilizado era o do isolamento. Problemas começaram

a surgir no interior dessas instituições, dentre eles a superlotação e a deterioração da qualidade de vida, o que ensejou rebeliões.

Outro importante Decreto que merece ser citado é o de número 132, de 23 de dezembro de 1903, cuja autoria é atribuída a Teixeira Brandão, professor de clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e deputado federal (eleito em 1903). No ensaio “Os alienados no Brasil” (1886) o Dr. Teixeira Brandão chamava a atenção de todos para a necessidade de criação de leis de proteção aos doentes mentais. De acordo com o art. 10 do mencionado decreto: “é proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. E o artigo II, deixava explícito que enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.” (PAIM, 1976, p. 22).

Com o golpe de Estado e a instauração do Governo Provisório e depois, com a instalação do Estado Novo, período Getulista, não há que se falar em mudanças na legislação psiquiátrica. Sem avanços, o modelo de saúde mental permaneceu centrado nas internações e o Brasil não atribuiu importância ao desenvolvimento da Psiquiatria, ocorrido na década de 50, pós Segunda Guerra Mundial (FIGUEIREDO, 2010, p. 30).

Não resta dúvida de que a Psiquiatria possui uma herança perversa de exclusão, confinamentos, maus tratos e esquecimento. Muitos abusos ocorreram; É fato. E, talvez por isso, a existência da doença mental provoque, ainda, tanto horror nas pessoas e as leve a pensar que, ao necessitarem tratamento, inadvertidamente, receberão “choques na cabeça”, e que estes jamais deveriam ser utilizados, porque degradantes. Mas, não precisamos ficar presos ao passado, bastando lembrar-nos dele para não corrermos o risco de cometer os mesmos erros. Dizemos isso porque não há como generalizar condutas médicas. E é a literatura médica que nos assegura que este estigma merece ser repensado, pois há evidências científicas sobre a necessidade, por exemplo, do tratamento com eletroconvulsoterapia para muitos pacientes.

Na tentativa de modificar as políticas de saúde mental aparecem documentos que visam dar ênfase ao atendimento extra-hospitalar, como previram a Lei n. 2.312, de 3 de setembro de 1954, ao estabelecer Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, e o Decreto n. 49.974A, de 21 de janeiro de 1961, que deu origem ao Código Nacional de Saúde. Vários dos artigos desses dois diplomas legais afirmam o compromisso do

Ministério da Saúde com a criação e o desenvolvimento de programas extra-hospitalares, sugerindo uma rede mais ampla de assistência ao doente mental.

Falava-se, desde os anos 60, em efetivação de atendimentos ambulatoriais, de tal maneira que os tratamentos fossem direcionados para as necessidades específicas de cada paciente. Em 6 de abril de 2001, surge a Lei n. 10.216<sup>1</sup> que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

### **3 Os direitos das pessoas que padecem de transtorno mental**

A lei 10.216/2001 garante o direito do paciente a todos os tipos de atendimento, do grau mais simples ao mais complexo, não excluindo a possibilidade de internação. Mas, até a promulgação da referida lei, foram calorosos os embates ideológicos e científicos, aparecendo uma vertente que defendia, inclusive, a abolição da internação psiquiátrica, com base na lei. Mas, afinal, a reforma do modelo assistencial em saúde mental no Brasil representa uma conquista da cidadania?

Os profissionais que defendem a extinção de hospitais psiquiátricos acreditam que a maneira de tratamento das doenças mentais está errada. Para essa corrente, a internação só pode prevalecer em serviços despreparados. Asseguram que deve haver a troca do modelo hospitalar para os chamados Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (DELGADO, 2010). Para essa corrente de pensamento, a liberdade apresenta-se como uma solução terapêutica e o isolamento algo asfixiante e indigno.

Diante desse movimento, uma consequência natural é a crescente diminuição, pelo SUS, do número de leitos psiquiátricos. Como forma de substituição, utiliza-se dos CAPS, uma espécie de hospital-dia, onde o paciente passa o dia em atividades e retorna para casa depois. Mas, tal modelo é passível de críticas e, uma delas é no sentido de que este sistema não abarca casos graves de doenças mentais, funcionando muito bem para períodos em que o paciente recebe alta hospitalar e precisa ser reinserido na sociedade (SERAFIM; BARROS, 2010). Em razão disso, muitos enfermos em surto passam a não

---

<sup>1</sup> Em 1989 o Dep. Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei n. 3.657 que propunha a extinção dos hospitais psiquiátricos. Em discussão no Senado Federal, foi rejeitado em dezembro de 1995 pela Comissão de Assuntos Sociais. Mas, um substitutivo do Senador Lucídio Portela foi aprovado, tendo, posteriormente, sofrido pequenas modificações por outro substitutivo do Senador Sebastião Rocha, mantendo sua essência. O substitutivo do Senado Federal transformou-se na Lei n.10.216, de 6 de abril de 2001.

ter tratamento adequado e, se a família não tem condições financeiras razoáveis, podem perambular pelas ruas como mendigos, ante a impossibilidade de internação. As famílias, desamparadas, não sabem o que fazer.

Essa é a visão daqueles que entendem ser equivocado o movimento Antimanicomial. Manifestam-se contra serviços ruins, de má qualidade. Defendem que deve haver modalidades diversas de atendimento ao paciente psiquiátrico e que os locais inadequados, que não respeitem critérios claros a ser observados, precisam ser fechados. Afirmam, inclusive, que “A psiquiatria é antimanicomial. E defende que pacientes com transtornos mentais recebam tratamento em rede assistencial integrada, com níveis de complexidade hierarquizados e sistema de referência e contrarreferência que englobaria desde a unidade básica e os centros de reabilitação até o ambulatório e o hospital especializado.” (CARVALHO, 2010, p. 35).

O que resta claro, pelo que reproduzimos acima, é que há níveis distintos de complexidade de doenças mentais. Assim, se há pessoas que se adaptam aos CAPS, outras necessitam de internação. Será, então, que o correto a fazer é acabar, indiscriminadamente, com os leitos psiquiátricos em hospitais, sob a alegação de que estes não possuem as condições para o tratamento? Ou, diversamente, tentar revitalizá-los da maneira adequada? A possibilidade de manutenção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais em substituição àqueles tradicionais, também não poderia ser vista como uma forma responsável de tratar o enfermo sem atribuir-lhe tantos estigmas?

O fato é que, na busca pela proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 – que redireciona o modelo assistencial em saúde mental – trouxe normas importantes que devem ser trabalhadas com cuidado, sobretudo em face das profundas controvérsias que suscita, algumas delas já trabalhadas acima.

A Lei n. 10.216/2001 tem como preocupação inicial assegurar a igualdade no atendimento das pessoas que sofrem de transtorno mental ao afirmar que seus direitos e sua proteção estão garantidos “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religiosa, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.” (art. 1º).

Um importante aspecto que cumpre enfatizar está disposto no artigo 4º. Segundo ele, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os

recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”<sup>2</sup>. Este artigo traduz a opção legislativa no sentido de limitar as internações psiquiátricas. Assim, a segregação do doente do meio social, profissional e familiar, somente em situações específicas, seria recomendável do ponto de vista médico, e legítima do ponto de vista jurídico. Não podemos nos esquecer de que, em determinados casos, as internações são necessárias.

Mas não há verdades absolutas. Mesmo a teoria científica mais avançada ou atual não é a última palavra. O intérprete da norma jurídica (profissionais do Direito, profissionais da Medicina e mesmo o cidadão comum) pode se deparar com situações de necessidade premente de internação não consentida do paciente. A opção por esse modelo de assistência, defendido pelo Ministério da Saúde, acabou por influenciar a estruturação do sistema de saúde mental passando de um extremo ao outro. Naturalmente que banida a internação com características asilares que demandava um número muito grande de leitos, hoje, o que se vê é a redução considerável de vagas em hospitais psiquiátricos, o que é, para muitos, compensado pela existência dos Centros de Atenção Psicossocial.

A Lei n. 10.216 prevê três tipos de internação: a voluntária, que se dá com o consentimento do paciente; a involuntária, feita a pedido de terceiros, sem o consentimento do paciente; e a compulsória, realizada através de ordem judicial (parágrafo único do art. 6º). Em todas as situações a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado com a caracterização dos motivos (art. 6º, *caput*).

Para usarmos uma linguagem precisa, a internação compulsória prevista no art. 6º, III, da Lei da Reforma Psiquiátrica, deve ser compreendida à luz da legislação penal. Em razão da inimputabilidade do doente mental que praticou crime, impõe-se sua absolvição, com a consequente aplicação de medida de segurança, consistente em internação hospitalar e tratamento. A compulsoriedade da medida afasta qualquer consideração sobre autonomia privada.

Para atender às disposições da referida lei, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, através da Resolução n. 5/2004, criou o Programa de

---

<sup>2</sup> O artigo 4º possui três parágrafos, a saber: “§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 psíquicos, 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 asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º”.

Desinternação Progressiva que, em seu item 12 dispõe que “a medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão para o regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica”.

Não se pode confundir a internação compulsória – autêntica medida de segurança nos moldes do Direito Penal e Processual Penal – com as hipóteses, nas quais o juiz autoriza a internação psiquiátrica para suprir a vontade do paciente, mediante pedido formulado por parente, cônjuge ou terceiro interessado. Aqui a questão é de natureza civil, na qual se discute a capacidade de exercício, a competência e estado da pessoa natural. Por isso é mais apropriado – mesmo havendo intervenção judicial – utilizar a expressão *internação involuntária*, deixando a expressão *internação compulsória* exclusivamente para a internação psiquiátrica determinada em processo criminal.

Em qualquer caso de internação, voluntária ou não consentida, as pessoas portadoras de transtornos mentais têm direitos que devem ser respeitados (art. 2º da Lei 10.216/2001):

- 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 a 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 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.

Vale ressaltar que, mesmo em dispositivo normativo que trate de doenças mentais, o consentimento livre e esclarecido do paciente é relevante, na tomada de decisões. Há dois artigos da lei que trazem clareza à matéria. O artigo 7º preceitua que 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. Do

mesmo modo, o término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

A possibilidade de realização de pesquisas científicas no próprio paciente também é aventada e somente será possível mediante a concordância do enfermo. Assim, nos termos do 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.

Não vemos como ser de outra forma pelo leque de situações que podem comportar distintas graduações de discernimento. Então, sendo o paciente detentor de discernimento em razão do qual manifesta sua vontade de não sujeitar-se a internação hospitalar e não trazendo risco à vida de terceiros, ainda que exponha a sua própria a risco, do ponto de vista técnico-jurídico, não é legítima a decisão familiar pela sua internação. De outro lado, inexistindo discernimento, e a falta dele leva-o a colocar-se em situação de risco, mesmo não provocando perigo a terceiro, é legítima a decisão familiar de internação.

Para o Direito, capacidade implica ter direitos (capacidade de gozo) e exercê-los por si só. A capacidade de gozo não é negada a nenhum ser humano; a de exercício é reconhecida aos seres humanos que têm discernimento para tomar decisões e suportar as consequências dessas. As doenças mentais podem determinar uma redução da capacidade de exercício (incapacidade relativa) ou em situações extremas, a negação dela (incapacidade absoluta).

Acontece que, mesmo os indivíduos que tenham capacidade jurídica para decidir podem, em razão da doença, não ter condições de elaborar uma vontade livre e consciente. Imaginemos a situação em que uma pessoa que tenha vida produtiva, trabalhando, estudando, firmando compromissos e honrando-os, apresente quadro de anorexia nervosa. Essa pessoa, em princípio, está apta a exercer todos os atos da vida civil e, mesmo assim, não possuir condições mentais para tomar decisões acertadas a respeito do tratamento. Essa pessoa, a despeito de desejar a cura, rejeita o tratamento em razão da crença de que este a deixaria ainda “mais gorda”. Em um quadro como esse, pessoas com peso abaixo do normal, recusam receber alimentação, colocando em risco a própria vida. O erro de julgamento é evidente, o que nos leva a concluir pela falta de competência para decidir no caso concreto.

Para o Direito, a substituição da vontade da pessoa pela vontade da família se dá pelo processo de interdição com a nomeação de curador/tutor. Todavia, se para as demais questões da vida, a pessoa tem discernimento, essa interdição afigura-se uma injustificada violação da autonomia privada. Nessa esfera, então, o conceito de capacidade e incapacidade do mundo do Direito não resolverá o problema, razão pela qual, é possível lançar mão do conceito de competência utilizado pelos profissionais da área de saúde.

A lei faculta à família decidir pela internação, sem autorização judicial, desde que precedida de autorização por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento (art. 8º, *caput*, da Lei 10.216/2001) e, no prazo de 72 horas, a internação seja comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (§1º, art. 8º). O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (§2º, art. 8º).

A Lei 10.216/2001 também abarca situações de “ébrios habituais e viciados em tóxicos”, dado que as substâncias viciantes podem reduzir o discernimento do indivíduo, afetando sua saúde mental.

O Código Civil de 2002, ao redefinir o elenco dos absoluta e relativamente incapazes, alocou os ébrios habituais e viciados em tóxicos no mesmo rol daqueles que “por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido” (inciso II, do art. 4º).

Sobre o assunto, o Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934, ainda em vigor, admite internação de toxicômanos ou intoxicados habituais por ordem judicial ou requisição de autoridade pública ou a pedido do próprio paciente ou solicitação de seu cônjuge, pai, filho ou parente até quarto grau, ou outro interessado.

Também o Decreto n. 891 de 25 de novembro de 1938 continua em vigor. O art. 29 determina que os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. O parágrafo 1º do art. 29 completa: “A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da



autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial”.

## **Conclusão**

Inegável afirmar que todo o processo contemporâneo de proteção e efetivação dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e do comportamento pauta-se na garantia da autonomia privada. Isso porque, em uma sociabilidade que se diz democrática, portanto, na qual a convivência é possibilitada pela mediação da linguagem, necessário assegurar reconhecimento aos interlocutores, de modo a permitir que todos possam assumir as coordenadas da própria moralidade de modo livre, como interlocutores autônomos.

O reconhecimento de si, com e contra o outro, afirma o sentido que se dá à reciprocidade dialógica, que permite que indivíduos possam se reconhecer e serem reconhecidos como integrantes de uma determinada sociabilidade, e nela possam se autocompreender livres, autônomos e individualizados.

Se o projeto da sociabilidade moderna é possibilitar que todo indivíduo humano possa ter a liberdade para construir sua *personalidade*, e os projetos individuais de identidade pressupõem expectativas e propostas de realização individual, é evidente que a frustração destes projetos a partir de argumentos moralistas ou estigmatizantes gera sentimento de frustração e desrespeito. Ao Direito cumpre o papel de efetivar ou possibilitar a efetivação desta autorrealização em um contexto intersubjetivo de convivência.

Qualquer tentativa de se furtrar a efetivação da autonomia da pessoa portadora de transtorno mental e do comportamento, ceifando-lhe a possibilidade de autoafirmação, atenta ao fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana.

A partir deste caso, é possível perceber como, em muitas situações, as dificuldades de comunicação e/ou o desconhecimento de novas formas de linguagem, podem ser confundidos com a impossibilidade de exercício da autonomia de alguém para decidir sobre algo que seja bom para si. Argumentos pragmáticos são, pois, utilizados com muita frequência para justificar a limitação da capacidade, seja para reconhecê-la como absoluta ou relativa.

A proposta é pensar em novas possibilidades hermenêuticas que não estabeleçam relações de prioridade e hierarquia. Interpretar o Direito como regra e exceção, implicaria em, antecipadamente, trazer soluções que não observem os contextos e os contornos de um caso específico. Com isso, não estamos a defender que em toda e qualquer situação o exercício da autonomia da pessoa que padece de algum transtorno mental e do comportamento será plena; mas promover, na medida do possível, o seu reconhecimento; não mais a identificando como uma presunção absoluta. Isso significa, ainda que potencialmente, dar voz à pessoa humana, ainda quando a identificamos juridicamente incapaz<sup>3</sup>.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CARVALHO, João Alberto. A saúde mental na visão da psiquiatria. In: **Revista Jurídica Consulex**, ano XIV, n. 320, maio de 2010.

DELGADO, Paulo. O espírito da lei n. 10.216/01. In: **Revista Jurídica Consulex**, ano XIV, n. 320, maio de 2010.

DESCARTES, René. **Meditações sobre Filosofia Primeira**. Trad. Fausto Castilho. Campinas: Unicamp, 2008.

EIJK, Philip van der. Os conceitos de saúde mental na medicina e na filosofia gregas dos séculos V e IV a.C. In PEIXOTO, Miriam Campolina Diniz (org.). **A saúde dos antigos: reflexões gregas e romanas**. São Paulo: Loyola, 2009.

---

<sup>3</sup> SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **A capacidade dos incapazes: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

FIGUEIREDO, Gabriel. Políticas de saúde mental no Brasil. In: **Revista Jurídica Consulex**, ano XIV, n.320, maio de 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: Na Idade Clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2009.

FRANKFURT, Harry G. **Demons, dreamers, and madmen: the defense of reason in Descartes's Meditations**. Princeton: Princeton University Press, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MASSI, Augusto; MOURA, Murilo Marcondes de. Nota n. 16 do Diário do Hospício. In: BARRETO, Lima. **Diário do hospício e o cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

PAIM, Isaias. **Tratado de clínica psiquiátrica**. São Paulo: Editorial Grijalbo, 1976.

PORTER, Roy. **Breve historia de la locura**. Trad. Juan Carlos Rodríguez. México: Fondo de Cultura Económica, 2003.

ROCHA, Fábio Lopes; CUNHA, Ulisses Gabriel de Vasconcelos. A eletroconvulsoterapia no tratamento da depressão do idoso. In: **Revista ABP-APAL**, vol. 14 (1), p. 2-8, 1999.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; MOUREIRA, Diogo Luna. **A capacidade dos incapazes: saúde mental e uma releitura da teoria das incapacidades no direito privado**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

SERAFIM, Antonio de Pádua; BARROS, Daniel Martins de. Apontamentos sobre assistência aos portadores de transtorno mental. In: **Revista Jurídica Consulex**, ano XIV, n. 320, maio de 2010.

STONE, Michael H. **A cura da mente:** a história da Psiquiatria da Antiguidade até o presente. Trad. Maria Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 1999.