

**EVOLUÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS
PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS: UMA
ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA**

*THE EVOLUTION OF THE RIGHTS OF PATIENTS WITH MENTAL
DISORDERS: AN ANALYSIS OF BRAZILIAN LEGISLATION*

*Emanuele Seicenti de Brito**
*Carla Aparecida Arena Ventura***

RESUMO

O objetivo geral deste estudo é compreender, no âmbito da legislação brasileira, o enfoque dado aos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Trata-se de pesquisa descritiva documental, realizada com base na análise da legislação brasileira do período de 1890 a 2001, sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais. Por meio dessa análise, percebe-se que, por muito tempo, os legisladores preocupavam-se mais em excluir os portadores de transtornos mentais do convívio em sociedade do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do paciente. Com o movimento da reforma psiquiátrica, as legislações mudaram o enfoque em relação à pessoa do portador de transtorno mental.

Palavras-chave:

Assistência à Saúde; Direitos Humanos; Legislação; Saúde Mental; Transtornos Mentais.

(*) Doutoranda e Mestre em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Advogada. São Paulo/SP - Brasil. E-mail: emanuele600@gmail.com.

(**) Professora Associada do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. Coordenadora Executiva da Rede Global de Centros Colaboradores da OMS para o Desenvolvimento da Enfermagem e Obstetria. Advogada.

Texto recebido em 21.05.12. Aprovado em 15.08.11.

ABSTRACT

This study aims at understanding the approach of the human rights of patients with mental disorders, considering the Brazilian legislation. It is a descriptive documental study based on the analysis of Brazilian legislation from 1890 to 2001, on the rights of people with mental disorders. Through this analysis it is possible to notice that lawmakers, for a long time, were concerned more in excluding patients mentally ill from life in society than in providing appropriate treatment for patients' life improvement. With the psychiatric reform, legislation has changed the approach in relation to the person with mental disorders.

Keywords:

Health Care; Human Rights; Legislation; Mental Disorders; Mental Health.

INTRODUÇÃO

Os direitos humanos são considerados fundamentais, pois, sem eles, o indivíduo não é capaz de se desenvolver, participar ativamente da vida e exercer sua cidadania. Os direitos à vida, à alimentação, à saúde, à moradia e à educação constituem direitos humanos fundamentais. Como direitos inerentes a todos os seres humanos, devem, portanto, ser respeitados incondicionalmente, em especial no caso de grupos vulneráveis de indivíduos como os portadores de transtornos mentais.

No Brasil, em consonância com os instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, desde 1970, consolida-se o movimento de reforma psiquiátrica, pautado na busca de garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Todavia, e apesar das premissas da reforma, o modelo assistencial psiquiátrico continua recebendo críticas decorrentes de denúncias de violência e outras variadas formas de desrespeito aos direitos humanos desse grupo da população⁽¹⁾. Observa-se, como consequência, a importância da luta pela preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença⁽²⁾, refletida na evolução da legislação relacionada aos portadores de transtornos mentais no Brasil.

(1) GABLE, Lance; VÁSQUES, Javier; GOSTIN, Lawrence O.; JIMÉNEZ, Heidi V. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, Washington, v. 18, n. 4-5, p. 366-373, Oct./Nov. 2005.

(2) COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. Brasília-DF, 2003. *Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil*. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a10.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2009.

Nesse sentido, este estudo descritivo documental apresenta como objetivo compreender a evolução da legislação brasileira relacionada aos pacientes portadores de transtornos mentais. Dessa forma, este trabalho registra, analisa e correlaciona as diferentes leis esparsas sobre os portadores de transtornos mentais promulgadas no Brasil no período de 1890 a 2001⁽³⁾. A legislação foi examinada por meio da análise documental e do detalhamento das leis, descrevendo e comparando suas semelhanças e diferenças⁽⁴⁾.

I. DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

O movimento de proteção internacional dos direitos humanos representa um marco na história da evolução humana. Pressupõe a liberdade de pensamento e de expressão e a igualdade perante a lei, com o objetivo de assegurar as necessidades essenciais do ser humano e uma vida com dignidade, respeito e cidadania⁽⁵⁾. Sem esses direitos, a pessoa humana não consegue existir e também não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida⁽⁶⁾. Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos do Homem da Organização das Nações Unidas em 1948 afirma que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”⁽⁷⁾.

Após a Declaração, foram celebrados vários tratados internacionais, destacando-se o Pacto Internacional de Direitos Humanos de 1966, a Convenção de Viena sobre Direitos Humanos de 1993 e outros instrumentos internacionais para a proteção de grupos vulneráveis específicos da população.

Com a sua ratificação ou adesão, o conteúdo desses documentos internacionais é, posteriormente, incorporado pela legislação interna dos países e assim transformado em direito fundamental. Para facilitar sua compreensão, os direitos humanos são classificados em dimensões ou gerações^{(8),(9),(10)}. Os direitos humanos de primeira dimensão são os direitos individuais, civis e políticos. Os de segunda dimensão (século XIX) são caracterizados pelas concessões

(3) CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia científica*. São Paulo: Ed. Pearson Prentic Hall, 2002.

(4) Id. *Ibid.*

(5) COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 2007.

(6) DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. São Paulo: Ed. Moderna, 1999.

(7) ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. New York: ONU, 1948.

(8) CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2005.

(9) COMPARATO, Fábio Konder. *op. cit.*

(10) REZEK, José Francisco. *Direito internacional público: curso elementar*. São Paulo: Saraiva, 2005.

sociais, consubstanciados nos direitos sociais, econômicos e culturais. Aqueles de terceira dimensão (século XX) são os direitos de solidariedade ou coletivos. Apesar dessa divisão didática, é importante advertir que todos os direitos humanos devem ser respeitados sem distinção, compondo um todo unificado e sem qualquer hierarquia⁽¹¹⁾.

Nessa perspectiva, a evolução da concepção de cidadania ocorre nos mesmos moldes da maturação dos direitos humanos⁽¹²⁾ e corresponde à universalização dos direitos individuais, sociais e políticos. A cidadania possui, então, uma dimensão civil, relativa ao efetivo exercício dos direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei, à garantia de ir e vir e de manifestação do pensamento, dentre outros. Possui também uma dimensão política referente à atuação do cidadão no governo da sociedade e uma dimensão social, que garante a participação das pessoas na riqueza coletiva, incluindo a garantia do direito à saúde, à educação, ao trabalho, ao salário justo e à aposentadoria, por exemplo⁽¹³⁾. Em suma, a cidadania plena engloba o exercício dos direitos civis, políticos, econômicos e sociais, bem como requer estabilidade democrática contínua e instituições que possam garantir a vigência desses direitos.

Observa-se, entretanto, que as pessoas, especialmente as provenientes de países em desenvolvimento, enfrentam no seu dia a dia uma série de desafios para o exercício de sua cidadania. Essa situação se agrava quando envolve determinados grupos vulneráveis da população. Dessa forma, estes grupos receberam a atenção especial das organizações internacionais, estimulando a elaboração de convenções internacionais específicas para a sua proteção⁽¹⁴⁾.

Com relação aos pacientes portadores de transtornos mentais foi celebrada, no âmbito da ONU, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental em 1971, para apoiar os portadores de transtornos mentais a desenvolverem suas aptidões nas diversas atividades e a sua incorporação na vida social. Em dezembro de 1991, foi também aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) a Resolução 46/119⁽¹⁵⁾ sobre a proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental. Esta Resolução teve suas origens nos anos de 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar a questão do abuso da psiquiatria para fins de controle de

(11) TRINDADE, Antonio Augusto Cançado. *Humanização do direito internacional*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

(12) CURY, Ieda Tatiana. op. cit.

(13) Id. Ibid.

(14) GABLE, Lance; VÁSQUES, Javier; GOSTIN, Lawrence O.; JIMÉNEZ, Heidi V. op. cit., p. 366-373.

(15) UNITED NATIONS. General Assembly. A/RES/46/119, December, 17th, 1991. *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. Disponível em: <<http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fdocuments%2Fga%2Fres%2F46%2Fa46r119.htm&anno=2>>. Acesso em: 10 out. 2012.

dissidentes políticos,⁽¹⁶⁾ e contém 25 princípios. Ressalta-se o Princípio 1.4, que estabelece que “não haverá discriminação sob alegação de transtorno mental”. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Este princípio especifica também o direito dos portadores de transtorno mental de exercerem todos os direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais⁽¹⁷⁾.

Em resposta ao movimento internacional de proteção aos portadores de transtornos mentais, no Brasil, foram promulgadas as seguintes legislações: Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) números 1.407/94⁽¹⁸⁾ e 1.598/00⁽¹⁹⁾ e a Lei Federal 10.216/01⁽²⁰⁾, no âmbito do processo de Reforma Psiquiátrica. Para entender melhor como ocorreu esse movimento de inserção das normas internacionais na legislação nacional é importante rever brevemente o histórico da saúde mental no Brasil.

II. A LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO AOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL

Quanto à saúde mental no Brasil, a autonomia da assistência é criação da República. Os primeiros estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados surgiram durante o Segundo Reinado. No entanto, foram implementados, quase sempre, como estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia. Nos hospícios fundados durante esse período, a presença de médicos era rara e o hospício era visto como casa de reclusão de loucos, mas não um hospital com fins terapêuticos.

Os “Asilos”, “Hospícios” ou “Hospitais” eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam da caridade: os órfãos, os recém-nascidos abandonados (chamados “expostos”), os mendigos, os morféticos e os loucos. Tais hospícios poderiam contar eventualmente com alguma assistência médica, mas sua principal intenção era dar

(16) BERTOLOTE, José M. Mental health legislation: a review of some international experiences. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 152-156, Apr. 1995.

(17) *Id.* *Ibid.*

(18) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.407, de 8 de junho de 1994. “Adota os ‘Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental’, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91 como guia a ser seguido pelos médicos do Brasil”. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/4481.html>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(19) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.598, de 18 de agosto de 2000. “Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental”. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1598_2000.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

(20) BRASIL. Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos⁽²¹⁾.

Somente em 1870 começou a surgir a preocupação com a humanidade no tratamento dado aos alienados nos asilos. O presidente da Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, João Sertório, sobre o Asilo dos Alienados do Hospital de Caridade, comenta que “a lúgubre instância poderá aumentar-lhes a loucura, mas nunca restituir-lhes a razão”. Sobre a mesma instituição, o presidente Carvalho de Moraes ressalta que “o tratamento que nele recebem estes infelizes é inteiramente contrário aos preceitos das ciências e aos princípios de humanidade”. Em Pernambuco (1883), o presidente Francisco Maria Sodré alertava para a necessidade da construção de um muro que cercasse o edifício do Hospício da Tamarineira, para evitar a evasão de alienados, justificando que, sem isso, as janelas continuariam gradeadas de ferro, conduta que para ele era absolutamente condenável⁽²²⁾.

Cinquenta e sete dias após a proclamação da República, foi expedido o Decreto nº 142, separando do Hospital da Santa Casa de Misericórdia da capital o Hospício de Pedro II, que passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados⁽²³⁾. A partir daí houve uma sequência de decretos relacionados à saúde, muitos deles à saúde mental.

1. LEGISLAÇÃO VIGENTE NO PERÍODO DE 1890 A 1934

1. Decretos nos 142 A⁽²⁴⁾, 206⁽²⁵⁾ e 580⁽²⁶⁾, de 1890

O Decreto nº 142 A separou o Hospício Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e o constituiu como estabelecimento público independente, denominando-o de Hospital Nacional de Alienados. O decreto também previa a expedição de instruções para sua administração. Tais instruções foram aprovadas pelo

(21) ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 13, p. 983-1010, 2005.

(22) Id. *Ibid.*

(23) MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, 2008.

(24) BRASIL. Decreto nº. 142 A, de 11 de janeiro de 1890. “Desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados”. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-norma-pe.html>>. Acesso em 25 nov. 2012.

(25) BRASIL. Decreto nº 206, de 15 de fevereiro de 1890. “Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e cria a assistencia medica e legal de alienados”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=64364&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(26) BRASIL. Decreto n. 508, de 21 de junho 1890. “Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=101996&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

Decreto nº 206, que criou o serviço de assistência médica e legal de alienados. O decreto dispunha que tal assistência tinha por finalidade socorrer os doentes mentais carentes do auxílio público, “bem como os que mediante determinada contribuição derem entrada em seus hospícios”.

No total, eram 42 artigos divididos em 20 capítulos. As instruções eram de ordem administrativa, tratando dos rendimentos da assistência, do diretor, dos bens do asilo, dos funcionários em geral, dos vencimentos. O Capítulo V tratava da admissão e saída dos pacientes. Vale destacar o texto do Art. 13:

*(...) todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, **perturbarem a tranquilidade pública, ofenderem a moral e os bons costumes**, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a propria **deverão ser colocadas em asilos especiais, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados** (grifo nosso).*

O Art. 14 abordava as modalidades de internação: *ex-officio*, voluntárias ou definitivas. Note-se que as duas primeiras eram provisórias. A admissão só seria definitiva após atestado médico emitido 15 dias após a entrada do doente no asilo.

Quatro meses depois foi promulgado o Decreto nº 508 com a finalidade de desenvolver os preceitos contidos nas instruções do decreto anterior e estabelecer novas disposições relativas aos serviços da assistência médico-legal de alienados. Esse decreto estabeleceu que a direção geral do Hospício seria confiada a um médico de competência provada em estudos psiquiátricos.

2. Decreto nº 791⁽²⁷⁾, de 1890

O Decreto 791, de 1890, que criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, dentro do Hospício Nacional de Alienados, instruía como deveria ser o curso.

3. Decreto nº 2.467⁽²⁸⁾, de 1897

O decreto de 1897 oferecia um novo regulamento para a assistência médico-legal a alienados. Contava com 128 artigos que não acrescentaram novidade quanto ao tratamento;

entretanto trouxe mudanças acerca das diferentes nomenclaturas para se referir

(27) BRASIL. Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890. “Crêa no Hospicio Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=69617&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(28) BRASIL. Decreto n. 2.467, de 19 de fevereiro de 1897. “Dá novo regulamento para a Assistencia Medico-legal a Alienados”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=74468&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

à pessoa com transtorno mental: “enfermo”, “alienados mentais”, “acometidos de moléstia mental comum”, “moléstia nervosa” e “loucura”. A concepção de louco era a de uma pessoa perigosa, cuja liberdade poderia representar risco para a sociedade⁽²⁹⁾.

4. Decreto nº 3.244⁽³⁰⁾, de 1899

A legislação de 1899 inovou ao exigir que todos os médicos fossem psiquiatras. “Artigo 4º. A Assistência terá o seguinte pessoal: No Hospício:... quatro médicos, um para cada seção, todos especialistas”.

5. Decreto nº 1.132⁽³¹⁾, de 1903

O primeiro decreto do século XX reorganizou mais uma vez a assistência a alienados. Possuía menos artigos do que as leis anteriores, apenas 23, que tratavam dos mesmos assuntos: motivos que determinam a internação (Art. 1º); procedimentos necessários para a sua realização (Art. 2º); guarda dos bens dos enfermos (Art. 4º); possibilidade de alta (Art. 6º); proibição de manter os enfermos em cadeias públicas (arts. 10 e 11); da inspeção dos asilos feita por comissão a mando do ministro da Justiça e Negócios Interiores (Art. 12); das condições necessárias para o funcionamento do asilo (Art. 13); do pagamento das diárias dos doentes (Art. 19); da composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados (Art. 20); da penalidade pelo descumprimento da lei (Art. 22).

6. Decreto nº 8.834⁽³²⁾, de 1911

O decreto de 1911 determinou que “logo que possível fundará a União colônias para ébrios habituais e epilépticos” (Art. 2º, §2º).

(29) CANABRAVA, Danielly de Souza; SOUZA, Tháís Sanglard de; FOGAÇA, Marina Marques; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; BORILLE, Dayane Carla; VILLELA, Juliane Cardoso; DANSKI, Mitzy Tânia Reichembach; MAFTUM, Mariluci Alves. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 170-176, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

(30) BRASIL. Decreto n. 3.244, de 29 de março de 1899. “Reorganisa a Assistencia a Alienados”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=63852&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(31) BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. “Reorganiza a Assistencia a Alienados”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=63278&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(32) BRASIL. Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911. “Reorganiza a Assistencia a Alienados”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=53512&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

7. Decreto nº 4.294⁽³³⁾, de 1921

A legislação de 1921 estabeleceu penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados, e criou um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas. O Art. 6º previa que o estabelecimento teria tratamento médico e regime de trabalho e seria dividido em duas seções: uma de internandos judiciais, do qual faziam parte os condenados do Art. 3º (ébrios habituais) e os impronunciados ou absolvidos em virtude da dirimente ao Art. 27, parágrafo 4º, do Código Penal, com fundamento em moléstia mental, resultado do abuso de bebida ou substância inebriante, ou entorpecente das mencionadas no Art. 1º, parágrafo único da lei (Art. 6º §1º, letra b), e outra de internandos voluntários.

8. Decreto nº 5.148-A⁽³⁴⁾, de 1927

O Decreto nº 5.148 renomeou a Assistência aos Alienados, designando-a Assistência a Psicopatas.

De acordo com *Pedro Delgado*⁽³⁵⁾, esse decreto contém três elementos significativos:

A explicitação de mecanismos legais de proteção à pessoa e aos bens do alienado, consistindo num aperfeiçoamento do decreto de 1903; a inovação capital do estatuto da capacidade limitada (que permanecerá em 1934 e na legislação sobre usuários de drogas de 1938), mas que não conseguiu sair do texto legal para a prática judiciária, e, finalmente, a obrigatoriedade da interdição do alienado. Este último ingrediente não é explícito na lei, mas vimos que produziu efeitos práticos no imaginário dos alienistas e no senso comum de familiares e pacientes.

9. Decreto nº 24.559⁽³⁶⁾, de 1934

A lei de 1934 teve como finalidade proporcionar aos doentes mentais tratamento e proteção legal. Assim previa o Art. 1º:

(33) BRASIL. Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921. “Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=44829&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(34) BRASIL. Decreto n. 5.148, de 10 de janeiro de 1927. “Reorganiza a Assistência a Psychopathas no Distrito Federal”. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=41859&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(35) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

(36) BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559imprensa.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:

- a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;*
- b) dar amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;*
- c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.*

Para tanto, criava um Conselho de proteção aos psicopatas (Art. 2º).

Os artigos 4º ao 7º tratavam das condições necessárias aos estabelecimentos psiquiátricos que, de acordo com o Art. 4º, eram “estabelecimentos que se destinam à hospitalização de doentes mentais e às seções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social”.

As modalidades de internação, previstas no Art. 11, eram: internação por ordem judicial, voluntária e a pedido de outros (cônjuge, pai ou filho ou parente até o quarto grau inclusive, curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico, qualquer interessado que declare a natureza das suas relações com o doente e as razões do pedido).

O Art. 25 tratava do serviço de profilaxia mental mencionado no *caput* da lei:

Art. 25. O serviço de profilaxia mental destina-se a concorrer para a realização da profilaxia das doenças nervosas e mentais, promovendo o estudo das causas destas doenças no Brasil, e organizando-se como centro especializado da vulgarização e aplicação dos preceitos de higiene preventiva.

§ 1º Para segurança dessas finalidades, o Governo providenciará no sentido de serem submetidos a exame de sanidade os estrangeiros que se destinarem a qualquer parte do território nacional, e os que requererem naturalização, sendo que, neste caso, o exame deverá precisar, especialmente, o estado neuromental do requerente.

§ 2º Os portadores de qualquer doença mental ou nervosa, congênita ou adquirida, não sendo casados com brasileiros natos ou não tendo filhos nascidos no Brasil, poderão ser repatriados, mediante acordo com os governos dos respectivos países de origem.

Os artigos a partir do número 26 abordavam a proteção à pessoa e bens dos psicopatas. Os portadores de transtornos mentais eram considerados absoluta ou relativamente incapazes (Art. 26) e desprovidos de direitos civis (Art. 9).

Além do conselho de proteção aos psicopatas, o decreto constituiu uma comissão inspetora com a finalidade de assegurar aos doentes mentais o bem-estar, a assistência, o tratamento, o amparo e a proteção legal (Art. 32).

A lei em seu *caput* propunha implementar profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos mentalmente enfermos e fiscalização dos serviços psiquiátricos; entretanto, uma leitura crítica do decreto evidencia outros objetivos⁽³⁷⁾.

Segundo *Delgado*⁽³⁸⁾,

O decreto de 1932 não protege o paciente de internações inadequadas e abusivas; ele sequer utiliza a categoria “involuntária”, apesar de alongar tanto nas regras para admissão e alta em estabelecimentos psiquiátricos. Mas observa-se um esforço de formalização do ato de admissão, de dotá-lo desse duplo atributo, de ato médico e de uma restrição legal da liberdade.

Esse decreto só foi renovado com a lei de 6 de abril de 2001.

2. REFORMA PSQUIÁTRICA E OS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

Na segunda metade da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, emergiram críticas teóricas às políticas de saúde do Estado por meio da elaboração de propostas que constituíram o movimento da reforma sanitária, buscando “o enfrentamento da questão da saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país”⁽³⁹⁾. Ao longo desse processo, começaram a surgir denúncias contra o abandono, as violências e maus-tratos a que estavam submetidos os pacientes internados nos hospícios do país.

Sendo assim, em 1978, formou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que dez anos mais tarde transformou-se no movimento de luta antimanicomial, o mais importante movimento social pela reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica tinha como objetivo a inclusão do paciente portador de transtornos mentais na sociedade, sem discriminação nem segregação, estando albergada por dispositivo constitucional que exige ações afirmativas do Estado em defesa do paciente^{(40);(41)}.

(37) BRITO, Renata Correia. *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. p. 82.

(38) DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. op. cit., p. 204.

(39) BEZERRA JUNIOR, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Ed. da UFRJ, 1992. p. 173.

(40) BERTOLOTE, José M. op. cit., p. 152-156.

(41) LUCCA, Maria Cristina Santos. *Acolhimento dos expulsos do paraíso: por uma reforma psiquiátrica coerente e humanitária*. 2003. [Monografia] - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

Buscando atingir esse objetivo da reforma, o deputado Paulo Delgado apresentou, em 1989, o Projeto de Lei nº 3.657/89⁽⁴²⁾. Um projeto simples com apenas três artigos, cujo conteúdo impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; previa o direcionamento dos recursos públicos para criação de “recursos não-manicomial de atendimento” e obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação^{(43);(44)}.

O projeto enfrentou muitas dificuldades no Senado e a lei só foi aprovada em 2001. No entanto, a legislação protagonizou a situação curiosa de produzir efeitos antes de ser aprovada. Nessa perspectiva, após a apresentação do projeto em 1989, houve uma intensificação da discussão sobre o tema em todo o país, o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. Ressalte-se ainda que o Ministério da Saúde editou no período 11 portarias, das quais destacam-se as Portarias nº 189/91⁽⁴⁵⁾ e nº 224/92⁽⁴⁶⁾, que deram existência institucional aos Núcleos de Atenção Psicossocial e aos Centros de Atenção Psicossocial, e as Portarias nº 106⁽⁴⁷⁾ e nº 1.220⁽⁴⁸⁾, ambas de 2000, que instituíram os “serviços residenciais terapêuticos”⁽⁴⁹⁾.

Em 1994, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução 1.407/94 adotando os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17 de dezembro de 1991.

(42) BRASIL. Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” Disponível em: <http://www.exclusion.net/images/pdf/248_hagap_legge_salute_mentale_brasile.pdf>. Acesso em 25 nov. 2012.

(43) TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

(44) AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e Cérebro*, ed. 164, set. 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html>. Acesso em: 24 set. 2008.

(45) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 189, de 11 de dezembro de 1991. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_189_91.asp>. Acesso em: 10 out. 2012.

(46) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 10 out. 2012.

(47) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=320>>. Acesso em: 10 out. 2012.

(48) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-1220.htm>>. Acesso em 10 out.2012.

(49) TENÓRIO, Fernando. op. cit., p. 25-59.

2.1. RESOLUÇÃO Nº 1.407/94, DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A Resolução nº 1.407/94 adota os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental” (Princípios ASM), presentes na Resolução nº 46/119, aprovada pela Assembleia Geral da ONU. Essa é a única resolução da Assembleia Geral da ONU a abordar a assistência a um único grupo de doenças.

Esses princípios definem normas para tratamento e condições de vida, nos estabelecimentos de saúde mental, criam proteções contra a detenção arbitrária em tais estabelecimentos e reconhecem que toda pessoa com um transtorno mental deve ter o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade (Princípio 3), considerando a comunidade e a cultura fundamentais para o tratamento dos usuários (Princípio 7).

O Princípio 1 afirma as liberdades fundamentais e direitos básicos das pessoas com transtornos mentais, corroborando o seu direito a melhor assistência disponível à saúde mental, bem como a um tratamento com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana. Refere ainda que esse grupo vulnerável tem direito à proteção contra exploração econômica, sexual ou de qualquer outro tipo e também tem o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. No Princípio 13 são citados os direitos e condições de vida em estabelecimentos de saúde mental; para tanto, o Princípio 14 estabelece a necessidade de recursos para garantir esse tratamento.

O Princípio 2 pressupõe a adoção de cuidados especiais para a proteção dos menores, com o objetivo de garantir seus direitos. O Princípio 4 define a determinação do transtorno mental, enfatizando a importância da existência de padrões médicos internacionalmente aceitos para esse fim. O Princípio 5 confirma a obrigatoriedade do exame médico, sendo seguido pela necessidade de confidencialidade das informações estipuladas no Princípio 6. Posteriormente, o Princípio 8 define o padrão de assistência, sendo seguido por algumas diretrizes para o tratamento, elencadas no Princípio 9. No Princípio 10, a caracterização da medicação é pormenorizada.

Uma tendência observada diz respeito à qualidade de atenção à saúde mental. Os princípios 8 a 10, 13 e 14 definem o padrão de assistência.

Segundo Bertolote⁽⁵⁰⁾:

Nos últimos dois anos a Divisão de Saúde Mental da OMS vem desenvolvendo uma série de instrumentos para a garantia da qualidade da assistência à saúde mental, cobrindo desde a política de saúde mental e do programa de saúde mental até os diversos tipos de serviços gerais e especializados.

(50) BERTOLOTE, José M. op. cit., p. 154.

A resolução aborda, além desses assuntos, o consentimento pelo paciente para o tratamento, tornando cada vez mais restritas as hipóteses de internação involuntária e abrindo um leque maior de direitos ao usuário. Assim dispõe o Princípio 11 (11):

Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.

Os princípios adotados também regulam as formas de admissão involuntária; o Princípio 15 adverte sobre a admissão dos pacientes em estabelecimentos de saúde mental, asseverando o ideal de se evitar uma admissão involuntária, pois um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional [Princípio 16 (3)]. Salienta também a necessidade de um corpo de revisão, que deverá examinar a decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário e, posteriormente, rever com periodicidade os casos de pacientes involuntários (Princípio 17).

Os termos desses princípios invertem a ordem habitual da prática psiquiátrica em que prevalece a importância da internação sobre a do tratamento. Os princípios colocam o interesse do tratamento adiante do valor social da detenção⁽⁵¹⁾.

No Princípio 18 são enumeradas as garantias dos pacientes, como o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo, o direito de ter o serviço de um intérprete, se necessário, o direito a obter cópias dos registros do usuário, bem como outros relatórios. Nessa perspectiva, o Princípio 19 confirma o direito do usuário ao acesso à informação concernente a ele, a sua saúde e aos registros pessoais mantidos pelo estabelecimento de saúde mental. O Princípio 20 determina que essas regras se aplicam a pessoas com transtornos mentais ou com a possibilidade de sua existência e que estejam cumprindo sentenças de prisão por crimes. O Princípio 21 afirma que o usuário ou ex-usuário tem direito a apresentar queixas e o Princípio 22 enfatiza a responsabilidade do Estado de assegurar a vigência dos mecanismos adequados à promoção e aceitação destes princípios. O Princípio 23 trata da implementação da resolução e o Princípio 24 de seu alcance nos estabelecimentos de saúde mental.

(51) BERTOLOTE, José M. op. cit., p. 152-156.

Esse último reafirma que os princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento mental, diagnosticadas ou não como portadoras de transtornos mentais. Isso é importante porque alguns estabelecimentos de longo prazo funcionam como repositórios para pessoas que não possuem nenhum histórico de transtorno mental ou nenhum transtorno mental em curso, mas que permanecem na instituição devido à falta de outras instalações ou serviços comunitários para atender suas necessidades⁽⁵²⁾.

Finalmente, o Princípio 25 estabelece que não haverá restrição ou diminuição de qualquer direito já existente dos usuários, sob o pretexto de que esses princípios não os reconheçam.

2.2. RESOLUÇÃO Nº 1.598/00, DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Conselho Federal de Medicina normatizou em 9 de agosto de 2000 o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental através da Resolução CFM nº 1.598/00.

Em consonância com o documento anterior, com 21 artigos, a resolução se embasa nos princípios da ONU para proteção de pessoas acometidas de transtorno mental. Enfatiza a necessidade de existência de normas brasileiras para a assistência psiquiátrica de acordo com os padrões internacionais, advertindo que esta assistência deve ser proporcionada com o objetivo de garantir aos pacientes os meios adequados a suas necessidades de saúde. Nesse sentido, o Art. 1º dispõe sobre o dever do médico de assegurar a cada paciente seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos, seguido pelo Art. 2º, que estabelece a responsabilidade do corpo clínico de assegurar que os pacientes sejam tratados com respeito e dignidade. O Art. 3º salienta a responsabilidade no cuidado de cada membro da equipe multiprofissional. No Art. 4º, define-se o diagnóstico de doença psiquiátrica e a necessidade de este diagnóstico ser realizado de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente. O Art. 5º afirma a responsabilidade dos médicos que atuam em estabelecimentos de assistência psiquiátrica pela indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência. No Art. 6º, enfatiza-se a necessidade do consentimento esclarecido do paciente, reforçando-se no Art. 7º o direito de acesso à informação, comunicação, expressão, locomoção e convívio social destas pessoas. O Art. 8º adverte que os médicos investidos de funções políticas ou administrativas de chefia são também responsáveis por tratamentos desumanos aplicados aos pacientes nos serviços em sua área de competência. O Art. 9º reforça que nenhum estabelecimento de saúde pode recusar atendimento sob alegação de que o paciente seja portador de transtorno mental. No Art. 10

(52) LIVRO de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra: WHO, 2005.

dispõe-se que qualquer tratamento deve ser justificado pela observação clínica e registrado em prontuário médico. O Art. 11 ressalta que o paciente só poderá ser submetido à contenção física por prescrição médica e o Art. 12 restringe a realização de pesquisas e ensaios clínicos ao consentimento esclarecido e ao cumprimento dos requisitos preceituados pelo Conselho Nacional de Saúde para investigação com seres humanos. Visando garantir o melhor tratamento possível, o Art. 13 afirma que o médico goza de liberdade no processo terapêutico. No Art. 14, salienta-se o direito à informação desses pacientes.

O Art. 15 define as modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico e por ordem judicial. O Art. 16 enfatiza que, nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento deverá fazer constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos de ausência de consentimento do paciente, devendo ser buscado o consentimento do representante legal. De acordo com o Art. 17, nas internações compulsórias por motivo clínico, o médico que realiza o procedimento de admissão deve fazer constar do prontuário médico uma justificativa detalhada para o procedimento e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias. Dessa forma, o Art. 18 enfatiza que um estabelecimento médico somente poderá realizar internações psiquiátricas compulsórias se contar com uma Comissão de Revisão de Internações Compulsórias. O Art. 19 caracteriza os estabelecimentos médico-psiquiátricos e o Art. 20 adverte que os Conselhos Regionais de Medicina não registrarão os estabelecimentos de saúde que mantenham atendimentos psiquiátricos e que não atendam às normas éticas enunciadas na Resolução.

Assim, essa resolução complementa a Resolução nº 1.407/94, que trata dos direitos do paciente e de como deve ser o tratamento e regulamenta os estabelecimentos de saúde mental, com o intuito de normatizar a assistência psiquiátrica, indicando como deve agir o médico no atendimento de saúde mental, de forma que sejam garantidos os direitos elencados na resolução anterior.

2.3. LEI FEDERAL Nº 10.216/01

No Brasil, a Lei nº 10.216/01 representa um marco ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana.

A referida lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os arts. 1º e 2º elencam os direitos dos pacientes portadores de transtornos mentais.

O seu Art. 1º visa garantir a igualdade formal às pessoas com transtornos mentais, quando afirma que os direitos e a proteção destas pessoas são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro.

A proteção contra a discriminação é necessária, pois pode afetar diversas áreas da vida da pessoa discriminada e influir no acesso ao tratamento e à atenção adequados, emprego, educação, agravando assim o transtorno mental⁽⁵³⁾.

Também são direitos da pessoa portadora de transtorno mental (parágrafo único do Art. 2º):

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.

Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem ser formalmente cientificados desses direitos.

A lei ressalta a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família (Art. 3º).

Ao contrário do projeto original, a Lei nº 10.216/01 permite a existência do hospital psiquiátrico como recurso de tratamento. Os arts. 4º ao 10º definem e regulamentam os tipos de internação. Ficam vedadas internações em instituições com características asilares, aquelas desprovidas dos recursos anteriores e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do Art. 2º (§§1º, 2º e 3º do Art. 4º).

A internação, em qualquer de suas modalidades – voluntária, involuntária e compulsória (Art. 6º parágrafo único) – só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Art. 4º) e apenas será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento (Art. 8º), mediante a apresentação de laudo médico circunstanciado e adequadamente motivado (Art. 6º).

(53) LIVRO de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação, cit.

A lei também orienta que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, oferecendo assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, através de uma equipe multidisciplinar.

Contudo, segundo *Amarante* e *Yasu*⁽⁵⁴⁾, o limite à internação imposto pelo Art. 4º, “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”,

pode funcionar como um incentivador, pois o fato de não existir uma rede assistencial extra-hospitalar abrangente no país (embora seja muito mais ampla do que há alguns anos atrás [sic]) autoriza a internação e não necessariamente estimula a constituição desta rede.

A vida em comunidade e a presença constante da família, além de serem um direito, também são de extrema importância no tratamento e na melhora do paciente^{(55),(56),(57)}. Documentos internacionais, como o já mencionado Princípios ASM, reconhecem que toda pessoa com um transtorno mental deve ter o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade. Outro documento, a Declaração de Caracas⁽⁵⁸⁾, afirma que os recursos, a atenção e o tratamento devem empenhar-se para manter as pessoas com transtornos mentais em suas comunidades. Por isso, cada vez mais a internação, em qualquer de suas modalidades, deve ser o último meio a ser utilizado no tratamento.

Quanto às modalidades de internação, a lei dispõe que esta só será voluntária se o paciente declarar por escrito que a aceita; para isso ele deve ser maior, não ser civilmente interdito e deve estar psiquicamente orientado. A internação involuntária poderá ocorrer em situações ordinárias ou de emergência. No primeiro caso, deve ser solicitada uma autorização judicial prévia. Nas internações de emergência deve-se, no prazo de 72 horas, comunicar o caso ao Ministério Público Estadual (Art. 8º, § 1º). O responsável por essa comunicação é o diretor clínico. Com isso, foi inserido um novo ator com função reguladora, o Ministério Público, buscando colocar “em ação um dispositivo de segurança e proteção dos direitos do portador de transtorno mental quando o mesmo é internado involuntariamente”⁽⁵⁹⁾.

Nas internações compulsórias, aquelas determinadas judicialmente, os juízes deverão levar “em conta as condições de segurança do estabelecimento,

(54) apud BRITO, Renata Correia. op. cit., p. 94.

(55) FUREGATO, Antonia Regina F.; SANTOS, Priscila Silva; NIEVAS, Andréia Fernanda; SILVA, Edilaine Cristina. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-56, 2002.

(56) CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

(57) MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direitos: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

(58) PORTAL da Saúde. *Declaração de Caracas*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107>. Acesso em: 10 out. 2012.

(59) BRITO, Renata Correia. op. cit., p. 97.

quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (Art. 9º)⁽⁶⁰⁾.

O Quadro 1 sintetiza a legislação promulgada no Brasil de 1890 a 2001.

Quadro 1: Leis promulgadas no Brasil no período de 1890 a 2001		
Ano	Legislação	Assunto
1890	Decreto 142 A	Desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados.
1890	Decreto 206	Aprova as instruções a que se refere o decreto nº 142 A, de 11 de janeiro último, e cria a assistência médica e legal de alienados.
1890	Decreto 508	Aprova o regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados.
1890	Decreto 791	Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras.
1897	Decreto 2467	Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro II.
1899	Decreto 3244	Reorganiza a Assistência a Alienados.
1903	Decreto 1.132	Reorganiza a Assistência a Alienados.
1911	Decreto 8.834	Reorganiza a Assistência a Alienados.
1921	Decreto 4.294	Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários.
1927	Decreto 5.148-A	Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.
1934	Decreto 24.559	Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.
1994	Resolução CFM 1.407	Dispõe sobre a adoção dos princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental.
2000	Resolução CFM 1.598	Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.
2001	Lei 10.216	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Fonte: Autores

(60) BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 168-170, 2009.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A legislação relacionada aos portadores de transtornos mentais no Brasil apresentou lenta evolução, especialmente no que diz respeito à formalização dos direitos humanos desse grupo vulnerável da população.

No primeiro período analisado, os legisladores se preocupavam mais em excluir os portadores de transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem” do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do paciente. Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (Decretos nºs 206, 508, 791, 896, 1.132, 8.834, 4.294, 5.148 e 24.559).

Com o movimento da reforma psiquiátrica, as legislações mudaram o enfoque para a pessoa do portador de transtorno mental. As resoluções 1.407/94 e 1.598/00 confirmaram essa constatação, enfatizando os direitos dos pacientes e buscando regulamentar os estabelecimentos de forma que tais direitos fossem garantidos. A denominação também evoluiu com a reforma: as leis não mais regulamentavam a “assistência a alienados e psicopatas” e sim a proteção, o atendimento médico e o modelo assistencial às “pessoas portadoras de transtornos mentais”.

Como resultado dessa gradativa evolução, a Lei nº 10.216/01 reconheceu pela primeira vez a pessoa portadora de transtorno mental como cidadão, buscando regulamentar suas relações com outros portadores de transtornos mentais, profissionais de saúde, profissionais do direito, a sociedade e o Estado, uma vez que atribuiu a cada um o seu papel no tratamento. Com o intuito de desinstitucionalizar o portador de transtorno mental, a reforma criou projetos de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, gerando a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com uma nova perspectiva de tratamento e o estabelecimento de condições básicas de tratamento do portador de transtorno mental e sua família. Concluímos enfatizando que, apesar dos avanços, transformações e da busca pela preservação dos direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais com a Lei nº 10.216/01, ainda não é possível afirmar que tais direitos são respeitados em sua totalidade. Com as mudanças trazidas pela lei, o objeto de intervenção tornou-se mais complexo, interdisciplinar, sendo necessária, portanto, a reconstrução de práticas e saberes tradicionais, na busca de alternativas que respondam a essa realidade e aos problemas de um novo modelo de atenção à saúde mental baseado na lógica da igualdade e dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente e Cérebro*, ed. 164, set. 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html>. Acesso em: 24 set. 2008.

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 168-170, 2009.

BERTOLETE, José M. Mental health legislation: a review of some international experiences. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 152-156, Apr. 1995.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta. In: GUIMARAES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Ed. da UFRJ, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília-DF, nov. 2005.

BRITO, Renata Correia. *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental*. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CANABRAVA, Danielly de Souza; SOUZA, Thaís Sanglard de; FOGAÇA, Marina Marques; GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; BORILLE, Dayane Carla; VILLELA, Juliane Cardoso; DANSKI, Mitzy Tânia Reichembach; MAFTUM, Mariluci Alves. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 170-176, 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf>.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia científica*. São Paulo: Ed. Pearson Prentic Hall, 2002.

COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 2007.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. Brasília-DF, 2003. *Biblioteca Virtual em Saúde Pública Brasil*. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a10.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2009.

CURY, Ieda Tatiana. *Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade*. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2005.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Direitos humanos e cidadania*. São Paulo: Ed. Moderna, 1999.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

FUREGATO, Antonia Regina F.; SANTOS, Priscila Silva; NIEVAS, Andréia Fernanda; SILVA, Edilaine Cristina. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 51-56, 2002.

GABLE, Lance; VÁSQUES, Javier; GOSTIN, Lawrence O.; JIMÉNEZ, Heidi V. Mental health and due process in the Americas: protecting the human rights of persons involuntarily admitted to and detained in psychiatric institutions. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, Washington, v. 18, n. 4-5, p. 366-373, Oct./Nov. 2005.

LIVRO de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação. Genebra: WHO, 2005.

LUCCA, Maria Cristina Santos. *Acolhimento dos expulsos do paraíso: por uma reforma psiquiátrica coerente e humanitária*. 2003. [Monografia] - Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direitos: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v. 12, n. 13, p. 983-1010, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. New York: ONU, 1948.

REZEK, José Francisco. *Direito internacional público: curso elementar*. São Paulo: Saraiva, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, Manginhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TRINDADE, Antonio Augusti Caçado. *Humanização do direito internacional*. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.