

# DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE PSICOLÓGICA: VULNERABILIDADE, CONSENTIMENTO E CIDADANIA SOB O PRISMA JURÍDICO-BIOÉTICO<sup>1</sup>

*FUNDAMENTAL RIGHT TO PSYCHOLOGICAL HEALTH: VULNERABILITY,  
CONSENT AND CITIZENSHIP UNDER THE LEGAL-BIOETHICAL PRISM*

**Maria Claudia Crespo Brauner<sup>2</sup>**

Pós-Doutora na Universidade de Montreal 1 (Canadá)

**Luciano Roberto Gulart Cabral Júnior<sup>3</sup>**

Mestrando em Direito e Justiça Social no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande – FURG (Rio Grande/RS, Brasil)

**ÁREA(S) DO DIREITO:** direito constitucional; bioética.

**RESUMO:** A saúde psicológica (ou saúde mental) é um direito fundamental bioético. Inúmeras implicações surgem a respeito de tão delicado tema, em especial no que tange à vulnerabilidade e ao consentimento dos pacientes sem saúde psicológica plena. Isso porque a cidadania e a dignidade da pessoa humana estão imbricadas em tal conjugação valorativa, haja vista a

impossibilidade jurídico-bioética de se tratar os pacientes como objetos. O movimento da Reforma Psiquiátrica, neste contexto, tem adesão pelo Brasil, ensejando ações estatais no sentido de estabelecer uma normatização e a formulação de políticas públicas em prol da população com transtorno psicológico, mormente com o escopo de desconstruir a ideologia que conferia prevalência ao manicômio. Portanto, objetiva-se indagar como a saúde

<sup>1</sup> Artigo desenvolvido em 2016 na cadeira de Direito, Saúde e Bioética do Curso de Mestrado em Direito e Justiça Social do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, ministrada pela Professora Doutora Maria Claudia Crespo Brauner.

<sup>2</sup> Professora Adjunta do Curso de Graduação em Direito e do Mestrado em Direito e Justiça Social do Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Doutora em Direito pela Université de Rennes I (França). Advogada. *E-mail:* mccbrauner@hotmail.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/8721357665840871>.

<sup>3</sup> Bacharel em Direito pela Faculdade Anhanguera do Rio Grande. Advogado. *E-mail:* lucianocabraljunior@hotmail.com. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/3635649275709259>.

psicológica é tratada no cenário jurídico-bioético brasileiro sob o ponto de vista da vulnerabilidade e do consentimento dos pacientes, com base em uma pesquisa qualitativa, tendo como método de abordagem o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e legislativa sobre o tema, utilizando-se do método de procedimento monográfico.

**PALAVRAS-CHAVE:** cidadania; consentimento; direito fundamental; saúde mental; vulnerabilidade.

**ABSTRACT:** *Psychological health (or mental health) is a bioethical fundamental right. Many implications arise regarding a such delicate subject, particularly with regard to vulnerability and consent of patients without full psychological health. This is because the citizenship and human dignity are intertwined in such evaluative combination, given the legal and bioethical impossibility of treating patients as objects. The movement of the psychiatric reform, in this context, has membership for Brazil, allowing for state actions to establish a regulation and the formulation of public policies for people with psychological disorders, mainly with the aim of deconstructing the ideology that gave precedence to the madhouse. Therefore, the objective is to investigate how psychological health is treated in the Brazilian legal-bioethical scenario from the point of view of vulnerability and consent of patients, based on a qualitative research, with the deductive method of approach, through literature and legislative research on the topic, using the monographic method of procedure.*

**KEYWORDS:** *citizenship; consent; fundamental right; mental health; vulnerability.*

**SUMÁRIO:** Introdução; 1 A saúde psicológica; 2 Saúde psicológica, consentimento e vulnerabilidade; 3 Cidadania, dignidade da pessoa humana e saúde psicológica; 4 Saúde psicológica como direito fundamental bioético; 5 Internação e saúde psicológica; Considerações finais; Referências.

**SUMMARY:** *Introduction; 1 The psychological health; 2 Psychological health, consent and vulnerability; 3 Citizenship, dignity of the human person and psychological health; 4 Psychological health as a bioethical fundamental right; 5 Hospitalization and psychological health; Final considerations; References.*

## INTRODUÇÃO

A saúde psicológica é objeto de estudo, em especial das ciências da saúde (como a psiquiatria e a psicologia). As implicações na seara da bioética, no entanto, não podem ser desprezadas. O plano da bioética é vasto e fornece elementos peculiares para um enfoque acerca da saúde psicológica.

Também no Direito a temática ganha vulto. Haja vista que ele impõe regras cogentes à sociedade, por meio da forma com que a legislação se debruça sobre as instituições e acerca dos assuntos que envolvem a saúde psicológica, nota-se o perfil social e estatal direcionado a tal questão.

Utiliza-se no presente artigo a expressão “saúde psicológica”, em substituição à expressão usual “saúde mental”, com a finalidade de não restringir as ponderações ao mentalismo, com o qual o termo “mente” é intimamente relacionado. Quer-se dizer que a saúde psicológica corresponde à saúde mental se se considerar a abordagem psicanalítica, porém também se refere à filosofia da ciência comportamental, que critica a ideia dos mentalistas centrada na existência de uma mente humana.

Com base em uma pesquisa qualitativa, tendo como método de abordagem o dedutivo, por meio de pesquisa bibliográfica e legislativa sobre o tema, utilizando-se do método de procedimento monográfico (Marconi; Lakatos, 2012, p. 110), indagar-se-á como a saúde psicológica é tratada no cenário jurídico-bioético brasileiro sob o ponto de vista da vulnerabilidade e do consentimento dos pacientes, focalizando a Lei da Reforma Psiquiátrica. A importância da problemática reside na relevância jurídico-bioética e social da saúde psicológica como direito fundamental bioético, especialmente diante da situação de vulnerabilidade das pessoas sem saúde psicológica, possibilitando uma compreensão sobre como discuti-lo, seja perante o Judiciário, seja reivindicando políticas sociais em prol de se atingir melhorias no campo da saúde psicológica, tudo para a construção de uma cidadania iluminada pela dignidade da pessoa humana.

## 1 A SAÚDE PSICOLÓGICA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1999, p. 1), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Denota-se o caráter holístico da saúde, ultrapassando a noção de mera ausência de enfermidade física para adentrar na seara psicossocial.

O cenário jurídico moderno aponta que a saúde está interligada com outros direitos, tais como o saneamento, a moradia, a educação, o bem-estar social, a seguridade social, o acesso a serviços médicos, o ambiente equilibrado (Brauner; Zaro, 2012, p. 56-57). Nesse sentido é a dicção do art. 3º, *caput* e parágrafo único, da Lei nº 8.080/1990 (cujo *caput* teve a redação alterada pela Lei nº 12.864/2013),

estatuindo que são determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, e que dizem respeito também à saúde das ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, “mental” e social.

O conceito de saúde psicológica, a seu turno, não é unânime. Dependendo do enfoque, pode assumir diversas formas e caracterizações. Para a Organização Mundial da Saúde (1999, p. 1), saúde “mental” é um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade. Eis o sustentáculo de onde deriva que uma promoção da saúde psicológica exige uma ação multissetorial, abarcando a saúde em si, o emprego, a educação, o ambiente, o transporte, enfim, variados setores que visem a sua cobertura.

Tratar de saúde psicológica requer compreender o humano como totalidade – biológica, psicológica e sociologicamente –, em todas as condições que lhe possam oferecer bem-estar físico, psicológico e social (Bock; Furtado; Teixeira, 2001, p. 356). Saúde psicológica não é relacionada unicamente ao estudo e tratamento de doenças psicológicas, mas também a um estado “mental” sadio, de sanidade e de inexistência de desordem psicológica. Isso porque saúde psicológica envolve um rico e polissêmico leque de conhecimentos, cuja delimitação das fronteiras é deveras dificultosa, e qualquer categorização assume o risco de ser reducionista e achatar as possibilidades de existência humana e social (Amarante, 2007, p. 16-19).

Também em razão disso que a expressão “saúde psicológica”, por ser mais abrangente, substitui neste artigo a famigerada terminologia “saúde mental”. Em linhas gerais, expõe Skinner (2003, p. 30-33) que é costumeiro explicar o comportamento como motivado por um agente interior sem dimensões físicas, denominado “mental” ou “psíquico”. Os conceitos freudianos do ego, superego e id são – prossegue Skinner – com frequência criaturas sem substância, cuja vitória ou derrota do conflito entre eles resulta no modelo psicológico individual. Malgrado, os eventos basilares das explanações mentalísticas fogem ao alcance da observação direta. Isto é, a psicologia introspectiva não pretende fornecer informações diretas sobre o que sejam as causas antecedentes de um comportamento.

As concepções psicanalíticas, inobstante, não são desprezadas, pois meramente o enfoque é diferenciado, o que não macula as respectivas orientações e estudos acerca da “saúde mental”. Com efeito, para a psicanálise, não há estruturas absolutamente normais ou patológicas, porquanto impossível uma condição humana sem algum grau de desconforto. O entendimento psicanalítico refuta a ideia de normalidade plena, pois é um autoengano arrogante e excludente distinguir os sadios dos doentes (os outros) (Felício; Pessini, 2009, p. 212).

Isso assim o é pois a noção de normalidade é repleta de incontestáveis perigos frente aos que detêm a autoridade médica, política, social, cultural, econômica, filosófica, moral, estética, intelectual e até jurídica. Como a normalidade correlaciona-se a uma porcentagem majoritária de comportamentos ou óticas, como um ideal coletivo, a minoria fica à mercê de ser silenciada, inclusive com o auxílio da força, por aqueles que defendem o ideal predominante (Bergeret, 1988, p. 19).

## **2 SAÚDE PSICOLÓGICA, CONSENTIMENTO E VULNERABILIDADE**

A ponderação entre o consentimento dos pacientes e a situação de vulnerabilidade a que estão sujeitos é um dos temas mais delicados na perspectiva da saúde psicológica. Se, por um lado, o consentimento dos pacientes deve ser respeitado; por outro, a situação de vulnerabilidade pela ausência de saúde psicológica intriga na forma pela qual a compatibilidade entre ambos (consentimento e vulnerabilidade) deverá ser conduzida.

O princípio do consentimento exige a permissão do paciente para que haja autoridade em uma relação ética, ainda que tal consentimento seja implícito, porquanto a intervenção psicológica em outrem pressupõe o comum acordo entre os participantes, em que não deve ser feito aos outros aquilo que não é feito por eles próprios a si mesmos, fazendo-lhes o que foi acordado ser feito (Engelhardt Jr., 1998, p. 158-159).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, proclamada em 2005 na Conferência Geral da Unesco, no art. 6º, estatui o consentimento como um de seus princípios, aduzindo, em suma, que qualquer intervenção preventiva, diagnóstica ou terapêutica, bem como a pesquisa científica, somente deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do paciente, respeitando-se, a rigor do art. 5º da mesma Declaração, a autonomia dos indivíduos para a tomada de decisões e a consequente responsabilidade dessa medida.

A vulnerabilidade, por sua vez, deriva da palavra latina *vulnus* (ferida), denotando-se como a possibilidade de ser ferido. Na bioética, a vulnerabilidade pode ser concebida: (a) como condição humana universal, pois todo ser humano, como todo ser vivo, é vulnerável em sua biologia e na construção de seu projeto existencial; (b) como característica particular de pessoas e grupos, o que requer que o tratamento dispensado a tais pessoas seja ético para sua defesa e proteção; e (c) como princípio ético internacional, em virtude de sua inerência com a condição humana, como finita e frágil, com íntima ligação a se assegurar a dignidade da pessoa humana (Felício; Pessini, 2009, p. 207).

Segundo o Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (2004, p. 97), são vulneráveis as pessoas absoluta ou relativamente incapazes de proteger seus próprios interesses, geralmente com insuficiente poder, inteligência, recursos, força ou demais atributos necessários à dita proteção, ou cuja capacidade ou liberdade para consentir ou abster-se de consentir restam diminuídas. Essa é a concepção adotada no presente artigo.

Dessa forma, mesmo se sabendo que “o princípio do consentimento proporciona base moral para políticas públicas destinadas à defesa dos inocentes” (Engelhardt Jr., 1998, p. 159), a vulnerabilidade dos pacientes põe um ponto de interrogação sobre o acolhimento da sua autonomia (e, logo, sobre o modo de se proceder à mencionada defesa), porque a condição de vulnerabilidade cognitiva e emocional pode comprometer uma manifestação que corresponda ao querer efetivo do indivíduo em situação de sanidade.

A maior vulnerabilidade dos pacientes refere-se a uma limitação na aptidão de responder plenamente pelos efeitos de suas escolhas. Por isso que se sugere uma terapia de maior autoridade na relação com o sujeito, atingindo sua liberdade e responsabilidade de decisão sobre a vida. Como contraponto, desconsiderar totalmente o direito à autonomia do paciente vulnerável conduziria a uma sociedade mais fechada e desumana (Felício; Pessini, 2009, p. 205-209), em que o sujeito seria visto como uma máquina inexpressiva e desprovida de intenções, objeto da ciência da saúde e alvo deveras exposto aos desígnios de outrem.

Impõe-se evitar que se negue autonomia a outrem, precipuamente diante de circunstâncias em que seria facilitado o desrespeito à dignidade humana. O paternalismo e a beneficência nem sempre são adequados no que atine à saúde psicológica, servindo a tutela estatal e o controle médico muito mais à contenção e à estigmatização do que ao tratamento individual. Assim, “diante de uma

proposta terapêutica ou de pesquisa médica em que os princípios bioéticos da autodeterminação e autonomia não possam ser plenamente aplicáveis, há que se valorizar especialmente os princípios da beneficência e não maleficência” (Almeida, E., 2010, p. 392).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, nessa conjuntura, além de prescrever que “devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia” (art. 5), estabelece como um de seus princípios:

Art. 8: Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada.

Nesse diapasão, o princípio da beneficência, com a ressalva supracitada, surge como um elemento para auxiliar o trato com pacientes vulneráveis. A beneficência é uma característica da moralidade, sem a qual a vida moral não tem essência, onde deve ser feito aos outros o bem deles, visando-se à solidariedade pelo preparo da comunidade com uma visão comum acerca dos bens e prejuízos (Engelhardt Jr., 1998, p. 159-160). Como oposto da não maleficência, que implica em não causar dano a outros, a beneficência consiste em prevenir o dano, eliminar o dano ou fazer bem a outros. De maneira geral, a beneficência<sup>4</sup> representa uma ação que objetiva o bem de outros (Aparisi, 2010, p. 125).

É singelo o ponto para se estabelecer o quanto a prática de saúde exercida sobre o paciente em vulnerabilidade pondera todos os interesses em disputa. Tratar de saúde psicológica e da conseguinte vulnerabilidade das pessoas que não a detêm reflete, invariavelmente, na dignidade da pessoa humana e na cidadania.

---

<sup>4</sup> Art. 4 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: “Benefício e Dano: Os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados devem ser maximizados e qualquer dano possível a tais indivíduos deve ser minimizado, quando se trate da aplicação e do avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e tecnologias associadas”.

### 3 CIDADANIA, DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA<sup>5</sup> E SAÚDE PSICOLÓGICA

A cidadania é a competência humana de se fazer sujeito para fazer história própria e coletivamente organizada, com capacidade para discernir e efetivar seu projeto de desenvolvimento, permitindo, inclusive, que se intervenha na realidade de modo alternativo (Demo, 1995, p. 1-3). Tal perpassa necessariamente pela integralidade da assistência e pelo resguardo no equilíbrio dos serviços sanitários, garantindo aos cidadãos o acesso igualitário e universal no tocante às ações públicas referentes à saúde (Brauner; Cignachi, 2011, p. 39).

As pessoas vulneráveis, sem saúde psicológica, cuja manifestação livre e esclarecida da vontade encontra-se prejudicada, têm sua cidadania plena confrontada. A restrição da autonomia lhes transporta para um campo onde outrem decide sobre a sua saúde (em primeira instância). O querer é interpretado de modo cauteloso, e como é a intenção que impulsiona o indivíduo a construir a sua história, a cidadania é posta em xeque. A vulnerabilidade reflete na maneira de se expressar e de se arquetetar a cidadania.

Eis porque já se disse que “o ser vulnerável é alguém que possui cidadania frágil, que não consegue exercer seu direito à integridade física e psicológica como condição de acesso à plenitude existencial em sociedade” (Almeida, L., 2010, p. 539). Logo, a cidadania do indivíduo com saúde psicológica debilitada se liga ao direito de receber assistência, à garantia de participação da sociedade, “de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas” (Medeiros; Guimarães, 2002, p. 577).

Tanto a cidadania (art. 1º, inciso II, da Constituição Federal) quanto a dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III, da Constituição Federal) são fundamentos da República Federativa do Brasil, o que ressalta a sua relevância no Estado brasileiro. Lidar com o vetor da saúde psicológica repercute na cidadania e na dignidade da pessoa humana como engrenagens da complexidade da vida,

---

<sup>5</sup> Dignidade da pessoa humana é “a qualidade intrínseca e indissociável reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos” (Sarlet, 2006, p. 60).

em que a ausência da primeira acarreta inexoravelmente malefícios nas duas últimas.

Na esteira de Kant (1974), as pessoas são dotadas de autonomia racional e não podem ser vistas como utensílio para a satisfação de interesses de outrem. A natureza humana existe como um fim em si mesmo, e não como meio para uso de qualquer vontade (eis o imperativo prático). Ademais, “quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela outra como *equivalente*; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então tem ela dignidade” (Kant, 1974, p. 234).

Como ferramenta para conciliar a saúde psicológica com a cidadania plena e a dignidade da pessoa humana, mister se aludir à bioética da proteção, recente ramo da bioética com escopo de adaptação da bioética tradicional aos parâmetros peculiares da América Latina, ocasionados pela situação de região subdesenvolvida ou em desenvolvimento, em especial a exclusão e a desigualdade social. A bioética da proteção compreende a ética da vida e a proteção, amparando a quem necessitar - os vulnerados (Schramm, 2008, p. 11-13).

Pode-se pensar a bioética da proteção: em sentido estrito, como suporte para amparar sujeitos e populações que não têm competência ou capacitação suficiente para a realização de seus projetos de vida de forma razoável e justa, para uma vida digna; ou, em sentido amplo, como ocupada às condições imprescindíveis à sobrevivência da humanidade em consideração com os interesses coletivos e ecológicos. Sumamente, a bioética da proteção, portanto, é percebida como “a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o ‘capacitam’ (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem” (Schramm, 2008, p. 16).

Paralelamente, caminha a bioética de intervenção, também de recente construção bibliográfica, que considera importante o conceito de equidade, reconhecendo-se distintas necessidades de cada indivíduo, sendo a igualdade considerada como o escopo central para a justiça social. O indivíduo vulnerável e desempoderado, neste contexto, merece especial atenção para que seu grau de dignidade seja elevado ao maior nível possível (Cruz; Trindade, 2006, p. 497).

O ordenamento jurídico pátrio tenta reduzir os impasses que possam contornar o confronto entre vulnerabilidade e consentimento, estabelecendo

direitos e diretrizes a serem seguidos em relação a um paciente com transtorno psicológico.

#### **4 SAÚDE PSICOLÓGICA COMO DIREITO FUNDAMENTAL BIOÉTICO**

A saúde é direito social, conforme previsão do art. 6º, *caput*, da Constituição Federal, sendo de competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios o respectivo cuidado e assistência pública da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (art. 23, inciso II, da Lei Fundamental).

Integrante da Seguridade Social, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da Constituição Federal). E isso porque o direito fundamental à saúde vincula-se diretamente com o direito à vida; é um bem jurídico indisponível, devendo consolidar a sobrevivência pessoal em condições dignas (Brauner; Zaro, 2012, p. 60).

O direito fundamental à saúde abrange, como o contrário não poderia sê-lo, o direito à saúde psicológica. A visão da saúde ultrapassa a noção de ausência de doença, o que requer que se considere o aspecto psicológico da saúde. O bem-estar é atingido com o auxílio de ações públicas voltadas a possibilitar e a cuidar da saúde psicológica dos cidadãos. É nessa dicção o art. 3º, parágrafo único, da Lei nº 8.080/1990, aduzindo ao bem-estar “mental” como relativo às ações concernentes à saúde.

Nessa trilha, a Reforma Psiquiátrica (ou Movimento Antimanicomial) surge como um movimento sociopolítico na seara da saúde pública, cujo documento de expressividade é referido à Declaração de Caracas, aprovada na “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina dentro dos Sistemas Locais de Saúde”, convocada pela Organização Mundial da Saúde, que contou com a aderência brasileira. Por meio de uma complexa e sistemática rede de políticas públicas, a Reforma Psiquiátrica brasileira modifica o atendimento à população com deficiência psicológica, redirecionando o modelo de assistência psiquiátrica, prevendo cuidado especial aos pacientes, impulsionando a desinstitucionalização de pessoas do hospital psiquiátrico. Quer-se mencionar que a Reforma Psiquiátrica formula e institui novos olhares

e práticas terapêuticas com o intuito de incluir o paciente-alvo na sociedade (Berlinck; Magtaz; Teixeira, 2008, p. 22-24).

O Movimento Antimanicomial busca, ainda, separar as concepções de pobreza e transtorno psicológico, repassando-se à sociedade como um todo a responsabilidade para soluções alternativas à internação. As clínicas privadas também se inserem nesse diálogo, máxime pelos relatos de maus-tratos e abandono sofridos pelos pacientes nesses ambientes, motivo pelo qual se erigiu a categoria de “indústria da loucura”, identificando aqueles que se opõem ao fim da instituição manicomial pela provável redução no lucro em tal “empreendimento”. A Reforma Psiquiátrica demanda, fundamentalmente, o fim da violência (de toda a espécie) e o oferecimento de tratamento digno aos pacientes (Maia; Fernandes, 2002, p. 164-165).

A solidificação brasileira de empenho no movimento é consubstanciada pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, alcinhada de Lei da Reforma Psiquiátrica (ou Lei Antimanicomial), cuja rubrica declara que a norma “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Um rol de direitos às pessoas com saúde “mental” debilitada é insculpido pelo art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 10.216/2001, a saber: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às necessidades (inciso I); tratamento com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando a alcançar a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (inciso II); proteção contra qualquer forma de abuso e exploração (inciso III); garantia de sigilo nas informações prestadas (inciso IV); presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de hospitalização involuntária (inciso V); livre acesso aos meios de comunicação disponíveis (inciso VI); receber o maior número de informações a respeito da doença e do tratamento (inciso VII); tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis (inciso VIII); e tratamento preferencialmente em serviços comunitários de saúde “mental” (inciso IX).

Nota-se a pretensão legal de evitar a reificação do paciente vulnerável com saúde psicológica prejudicada, obrigando que lhe sejam informadas as condições básicas da enfermidade e do respectivo tratamento, com o máximo possível de zelo e observância da dignidade, destinando-lhe proteção em atenção à situação peculiar enfrentada. Preserva-se, dessa forma, a condição humana, que é indissociável de qualquer pessoa, independentemente de seu

estado psicológico, salvaguardando tratamento que observe a especificidade que deve ser empregada na espécie de intervenção referida pela legislação.

Imperioso, então, que se reflita profundamente acerca dos valores e princípios que dirigem o agir sobre a saúde psicológica, rumo a um tratamento digno, solidário e acolhedor pelos profissionais da saúde. Ou seja, uma nova postura ética completamente abrangente, permeando todas as atividades e todos os processos (Backes; Lunardi; Lunardi Filho, 2006, p. 133).

O respeito ao consentimento dos indivíduos para não lhe extirpar a humanidade é de tão extremo destaque que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos aduz:

Art. 7 - Indivíduos sem a Capacidade para Consentir

Em conformidade com a legislação, proteção especial deve ser dada a indivíduos sem a capacidade para fornecer consentimento:

- a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada;
- b) a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua com o benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada.

Incumbe (obrigatória e preponderantemente) ao Estado a promoção de políticas públicas para a saúde psicológica e a assistência aos portadores de transtornos psicológicos, com o auxílio da sociedade (art. 3º da Lei nº 10.216/2001). O viés solidário da disposição reforça o caráter social do cuidado a essas pessoas vulneráveis, pela ligação estreita com a dignidade humana e da proeminência da saúde como um direito basilar para se estruturar uma cidadania plena. A todos, então, é possibilitada (ao Estado, contudo, é dever) a intervenção em prol da melhoria da saúde psicológica da população.

Nessa toada que a Lei nº 10.708/2003, objetivando instituir “o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, foi elaborada. A norma estabelece que o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de “transtornos mentais” que se retiraram de instituições hospitalares cuja internação tenha durado dois ou mais anos, e que precisem de auxílio financeiro para a sua assistência e integração social. Outrossim, o prazo de concessão do benefício corresponde a um ano, possibilitada a renovação quando for necessária aos propósitos da reintegração social.

## 5 INTERNAÇÃO E SAÚDE PSICOLÓGICA

A internação dos pacientes com doenças psicológicas é outro terreno fértil de dilemas. São três as modalidades de internação (art. 6º, parágrafo único, da Lei nº 10.216/2001): a internação voluntária, que conta com o consentimento do paciente; a internação involuntária, que ocorre sem tal consentimento e a pedido de outrem; e a internação compulsória, determinada pelo Judiciário. Em todos os casos é necessário laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos da internação (art. 6º, *caput*, da Lei nº 10.216/2001). A rigor do art. 4º da mesma Lei, a internação, em todos os casos, somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes. O tratamento, outrossim, deverá ter como finalidade a reinserção social do paciente.

No primeiro caso (internação voluntária), o consentimento adequado (realmente adequado) do paciente exime qualquer controvérsia maior acerca da internação<sup>6</sup>. As duas outras tipologias (internação involuntária e compulsória),

---

<sup>6</sup> Art. 7º da Lei nº 10.216/2001: “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. Parágrafo único: O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente”.

todavia, que geram maiores polêmicas, haja vista inexistir o consentimento do paciente na submissão a uma internação.

Consoante o art. 8º da Lei nº 10.216/2001, a internação involuntária será autorizada exclusivamente por médico devidamente registrado no órgão competente, devendo ser informado, no prazo de setenta e duas horas, o Ministério Público Estadual. O término da internação acontecerá por solicitação do familiar ou responsável legal, ou do especialista responsável pelo tratamento.

Percebe-se aí que a fiscalização do Ministério Público e dos demais órgãos estatais com atribuição para tanto deve ser efetiva. Ademais, a internação involuntária é deixada ao julgamento unicamente do terceiro (a lei não especifica o vínculo de parentesco do terceiro, nem se é necessária a sua existência) que solicita a internação e do estabelecimento, com o respaldo do especialista técnico. Esses os atores que decidem sobre a internação de uma pessoa, e o único controle legalmente exigido é o encaminhamento de informação ao Ministério Público Estadual. O término da internação, igualmente, é deixado ao arbítrio dos familiares ou do responsável legal do paciente, ou do médico que realiza o tratamento, demonstrando novamente o poder dado a tais pessoas em detrimento de outra que está em condição de vulnerabilidade. Somado a isso, a lei não estabelece prazo máximo para a internação involuntária.

Quanto a esses pontos, parece ter sido a Lei nº 10.216/2001 frágil e indolente em relação às pessoas a que se visa a proteção, preceituando exclusivamente aos Promotores de Justiça o papel fiscalizatório da internação involuntária. A vulnerabilidade de tais pessoas já reclama uma atenção especial de todos os membros da sociedade e, mais especialmente, do Estado. Uma internação involuntária envolve inúmeras problemáticas - exemplifique-se com a restrição do direito à liberdade, a inexistência de consentimento do paciente, a concentração de poderes sobre tão relevante decisão nas mãos únicas de médicos sem intervenção estatal, a não previsão de prazo máximo que pode significar uma internação por décadas, a retirada de um indivíduo do seio social e restringindo a sua prática diária de cidadania - que a negligência normativa quanto à autorização da internação e ao consequente acompanhamento fiscalizatório do tratamento não pode ser admitida em silêncio.

A internação compulsória, a seu turno, nos termos do art. 9º da Lei nº 10.216/2001, é determinada pelo juiz competente, que analisará a segurança do estabelecimento para a salvaguarda do paciente e dos demais internados e

funcionários. Também em relação a esse tópico a lei parece não ter se preocupado em estabelecer ao Magistrado os limites mínimos para o exercício da jurisdição.

As críticas realizadas são salutares, porque a internação tem íntimo liame com a crítica feita à violência e à segregação proporcionada pelos hospitais psiquiátricos e pela medicalização dos pacientes. A tendência contemporânea que se está configurando aponta para a construção de um novo jeito de tratar o sofrimento psicológico, preconizando-se a acolhida e o cuidado efetivo dos sujeitos, estruturando-se um novo lugar social para a diversidade e a diferença (Amarante, 2007, p. 103-104).

Em que pese a Lei da Reforma Psiquiátrica tenha sido, de certa forma, tímida ao regulamentar a internação involuntária e compulsória, é inegável – o que não se pretendeu discordar – a sua relevância histórica e social. Louvável é o olhar lançado especificamente às “pessoas portadoras de transtornos mentais”, orientando-se toda uma política pública para um novo horizonte a fim de privilegiar o aspecto humano que é, evidentemente, indissociável nas relações com as pessoas privadas de saúde psicológica. Por isso, o atual paradigma é compatível com a dignidade da pessoa humana e preconiza a expectativa em favor da cidadania. O desafio a ser enfrentado consiste em assegurar a humanização do tratamento e proporcionar a reinserção desses pacientes em sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde psicológica é conceito cuja delimitação sofre críticas em razão da tentativa de estabelecer um padrão universal, olvidando que a cultura e as peculiaridades de cada sociedade é que servem de instrumento para se conceder tratamento psicológico aos indivíduos. O estabelecimento de um modelo de normalidade ainda pode acarretar estigma e segregação social, daí porque é delicado o trato com a questão.

A vulnerabilidade das pessoas sem saúde psicológica, em confronto com o princípio bioético do consentimento e com a cidadania, é outro ponto que merece atenção. Com efeito, a regra de consentimento dos pacientes é mitigada quando se está lidando com pessoas com transtornos psicológicos, porquanto a ação pode não refletir o querer do agente. Nesse sentido que a proteção dos pacientes deve sustentar todo o tratamento a eles dispensado.

Além disso, a dignidade da pessoa humana é o cerne da relação com o paciente, para se evitar a sua coisificação. Políticas públicas, na corrente da

Reforma Psiquiátrica, são de extrema valia para possibilitar uma cidadania plena, afastando-se do caráter paternalista de outrora para adentrar em uma concepção protecionista e emancipatória do paciente, atentando-se por evidente para a sua especificidade psicológica.

Do contrário, a situação de vulnerabilidade é potencializada e a possibilidade de superação dessa condição é diminuída. À medida que se tratam pacientes com o intuito de contê-los e apartá-los do convívio social, em vez de harmonizar as diferenças existentes em ambos os lados (tanto no indivíduo quanto na sociedade) para uma existência conjunta, age-se contra a cidadania e a dignidade humana e afeta-se inevitavelmente o cuidado sobre a saúde psicológica dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, 2010.

ALMEIDA, Leonor Duarte de. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista Bioética*, v. 18, n. 3, 2010.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

APARISI, Juan Carlos Siurana. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, n. 22, mar. 2010.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A humanização hospitalar como expressão ética. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 1, jan./fev. 2006.

BERGERET, Jean. *A personalidade normal e patológica*. Trad. Alceu Edir Fillmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, mar. 2008.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria De Lourdes Trassi. *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia*. 13. ed. ref. e amp. 3. tir. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; CIGNACHI, Janaina Cristina Battistelo. O direito à saúde e o papel do Poder Judiciário: uma perspectiva acerca das dimensões constitucionais e das tutelas coletivas. *Juris*, Rio Grande, v. 16, 2011.

\_\_\_\_\_; ZARO, Luciana. Saúde e meio ambiente: fatores condicionantes para a concretização do direito à saúde. *Juris*, Rio Grande, v. 17, 2012.

CONSELHO DE ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS. *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa bioética em seres humanos*. Trad. Maria Stela Gonçalves e Adail Ubirajara Sobral. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

CRUZ, Márcio Rojas da; TRINDADE, Etelvino de Souza. Bioética de intervenção: uma proposta epistemológica e uma necessidade para sociedades com grupos sociais vulneráveis. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 4, 2006.

DEMO, Pedro. *Cidadania tutelada e cidadania assistida*. Campinas: Autores Associados, 1995.

ENGELHARDT JR., H. Tristram. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola, 1998.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, v. 17, n. 2, 2009.

KANT, Immanuel. Fundamentação da metafísica dos costumes. Trad. Paulo Quintela. In: *Crítica da razão pura e outros textos filosóficos*. São Paulo: Editor Victor Civita, 1974. p. 195-256.

MAIA, Rousiley Celi Moreira; FERNANDES, Adélia Barroso. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 48, fev. 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MEDEIROS, Soraya Maria de; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Fact sheet n° 220: Strengthening Mental Health Promotion*. World Health Organization: Geneva, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, v. 16, n. 1, 2008.

SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento humano*. Trad. João Carlos Todorov e Rodolfo Azzi. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

Submissão em: 04.12.2016

Avaliado em: 02.05.2017 (Avaliador A)

Avaliado em: 02.05.2017 (Avaliador B)

Aceito em: 30.05.2017

