A LEI DE REFORMA PSIQUIATRICA À LUZ DA BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

THE PSYCHIATRIC CARE REFORM LAW UNDER THE PROTECTION OF BIOETHICS

Carmen Lúcia Costa Brotas[1]

RESUMO

O presente artigo visa evidenciar a condição de vulneração dos portadores de transtorno mentais nos hospitais psiquiátricos. Demonstra-se que a Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica) traz as diretrizes basilares da bioética da proteção ao determinar a adoção de políticas públicas especificas para os doentes mentais, as quais têm como objetivo amparar estes fora das instituições psiquiátricas. Ademais, destaca-se a macula a dignidade atuada destes doentes no modelo hospitalocêntrico, o qual percebe apenas o tratamento hospitalar como via terapêutica. Concebe-se, neste trabalho, que a pessoa portadora de transtorno mental deve ser considerada sujeito do tratamento, sendo admitido o seu acompanhamento fora do ambiente hospitalar, com amparo ambulatorial.

PALAVRAS-CHAVES: Bioética da Proteção; Transtorno Mental; Dignidade

ABSTRAT

This article aims to highlight the condition of damage to the bearers of mental disorder in psychiatric hospitals. Demonstrates that the Law 10.216/2001 (Psiquiatrica Reform Act) provides guidelines cornerstones of bioethics of protection to determine the adoption of specific public policies for the mentally ill, which aim to support these out of psychiatric institutions. Moreover, there is the macula dignity actuated these patients in hospital model which perceives only hospital treatment as a way therapeutic. Conceived this work, the person with mental disorder should be considered subject to the treatment, and admitted its monitoring outside the hospital, with outpatient support.

KEY WORDS: Bioethics of Protection; Mental Disorder; Dignity

[1] Mestre pela Universidade Federal da Bahia e Especialista em Direito do Estado pela Fundação Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia

INTRODUÇÃO

A Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica) reconhece a condição de susceptibilidade das pessoas portadoras de transtornos mentais, estabelecendo os seus direitos, bem assim determinando ao Estado a promoção de políticas de saúde mental como forma de amparo e proteção destas pessoas.

Este diploma legal prevê ainda a redução gradual dos leitos psiquiátricos, com a internação sendo admitida apenas em casos excepcionais, recomendados pelos médicos assistentes, devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento em que se dará a internação (art. 8º da Lei nº 10.216/2001).

No presente trabalho, almeja-se evidenciar a identificação das diretrizes propostas pela Bioética da Proteção com a Lei de Reforma Psiquiátrica, bem assim destacar que a retirada das pessoas com transtorno mental dos hospitais psiquiátricos gera fatores que promovem o incremento da necessidade de amparo e proteção.

Admite-se que a permanência destas pessoas nas instituições psiquiátricas macula a dignidade destas pessoas, sendo que a sua saída exigirá consoante declinado, medidas de proteção em decorrência da vulneração que experimentam devido à doença da qual padecem.

Convém salientar que a Bioética da Proteção surge como uma alternativa à Bioética Principialista, a qual pregava a solução dos dilemas bioéticos a partir da análise segundo os princípios da autonomia, da não-maleficencia, da beneficência e da justiça.

Para a corrente da Bioética da Proteção estes princípios podem ser válidos para situações particulares, individuais da realidade clínica, porém não se aplicam as denominadas situações persistentes dos países em desenvolvimento.

Admitindo *ethos* como vinculado a idéia de proteção, esta corrente indica a existência de grupos e populações com vulnerabilidade especifica, vulnerados. Estes necessitam de políticas especificas do poder público para que possam agir na sociedade como detentores da dignidade humana e, como é o caso dos portadores de transtornos mentais, a fim de que possam ter acesso aos direitos sociais, notadamente, o direito à saúde.

SAÚDE E DOENÇA MENTAL

A discussão acerca dos transtornos mentais deve contemplar a abordagem da concepção de saúde a fim de que se possa compreender os propósitos da reforma psiquiátrica na promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Neste sentido, Noamar de Almeida Filho[2] adverte que o conceito de saúde, em psicopatologia, é questão de grande controvérsia, constituindo, na sua visão, um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica. Assim, para ele,

> além das anomalias kuhnianas, os paradigmas científicos também apresentariam pontos cegos como signos de crise. Refiro-me a problemas ou questões que os próprios paradigmas, consubstanciados pelos agentes históricos engajados na prática institucional da ciência, não permitem "ver" ou sequer toleram que sejam vistos.

Ressalta ainda o mencionado autor que, em uma perspectiva rigorosamente clínica, a saúde não pode ser vista, no aspecto negativo, como o oposto lógico da doença, sendo definida como "ausência de doença".

Assim, apesar da Organização Mundial de Saúde - OMS admitir que saúde é a "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" da pessoa, criticas pertinentes apontam a impropriedade de sua utilização para se definir a saúde. Neste sentido, pode-se indicar que o conceito trazido à baila pela OMS é

> um conceito criticável por ser muito vasto e impreciso, pois bem-estar é algo difícil de se definir objetivamente. Além disto, esse completo bem-estar físico, mental e social é tão utópico que poucas pessoas se encaixariam na categoria "saudáveis".[3]

Para Marco Sagre e Flávio Carvalho Ferraz[4], além da utopia em relação ao perfeito bem-estar, a definição de saúde da OMS encontra-se ultrapassada, uma vez que ainda traz em destaque o físico, o mental e o social como dimensões separadas. Percebe-se, atualmente, uma inexistência de clivagem entre mente e soma, "sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados". Para eles, decorre dessa percepção de não-clivagem da pessoa a expressão que aduz "deve-se tratar o doente e não a doença".

Portanto, a saúde não pode ser vista como um análogo inverso da doença. "Se, para cada doença, observa-se um modo prototípico de adoecer (cujo reconhecimento implica uma semiologia[5] clínica), há infinitos modos de vida com saúde, tantos quantos seres sadios."[6]

---

[2] ALMEIDA FILHO, Naomar. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 jul. 2013.

[3] DELGADO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 33

[4] SAGRE, MARCO; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Revista Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 jul. de 2013. p. 540

[5] A semiologia é o estudo e a descrição dos sinais e sintomas de uma doença

[6] ALMEIDA FILHO, Naomar. Op. Cit. p. 5.

Percebe-se, por conseguinte, como pertinente e apropriado admitir-se que a saúde como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade. Constitui, portanto, um estado individual, em que cada pessoa terá seu modo e percepções distintas[7].

Impõe-se, neste diapasão, diante da temática abordada no presente trabalho, discutir-se a questão da saúde/doença mental. Neste sentido, imprescindível o exame das noções de normalidade, conceito que implica na própria definição do que seja saúde e doença mental.

Importante destacar que Foucault[8] definia saúde como a capacidade adaptativa (ou submissa) aos poderes disciplinares de corpos e atos. Relembra Foucault que não por acaso a palavra normal deriva do *nomos* e do *norma* latino (cujo significado é lei), tendo surgido no século XVIII, significando aquilo que não se inclina nem para a direita, nem para a esquerda, e que se conserva num justo meio-termo.

A saúde mental significa um *socius* saudável, afirma Noamar de Almeida Filho[9]. Para ele, esta implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, em fim, qualidade de vida. "A saúde constitui certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da patologia para instalar uma nova ordem fisiológica."[10]

Vinculada ao conceito de saúde mental está a questão relacionada à qualidade de vida, a qual é indicada por Marco Sagre e Flávio Carvalho Ferraz[11] como intrínseca a pessoa, só possível de ser avaliada pelo próprio sujeito.

Esta qualidade de vida é constituída individualmente a partir da interação entre as diversas esferas que constituem a pessoa humana (física, social, cultural, espiritual) com a realidade que a envolve. Desta forma, não há como se identificar de forma unívoca e inquestionável a qualidade de vida para todas as pessoas. Assim, conforme assevera Naomar de Almeida Filho[12] o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política.

Convém ressaltar que o significado de patológico não significa a ausência de normas, mas a presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam o indivíduo de viver o mesmo modo de vida permitido aos indivíduos sadios.

---

[7] Idem Ibidem.
[8] FOUCAULT, Michel**. O nascimento da clínica**. 17 ed. São Paulo: Editora Forense, 2011.
[9] ALMEIDA FILHO, Naomar. **O conceito de saúde mental**. Revista USP, São Paulo, n. 43, p. 100-125, setembro/novembro 1999. p. 123.
[10] ALMEIDA FILHO, Naomar. Op. cit. p. 114.
[11] SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. Op. cit. 541.
[12] Idem. Ibidem.

Diante desta identificação subjetiva da qualidade de vida e da saúde, notadamente a mental, verifica-se que o diagnóstico psiquiátrico é, por muitas vezes, alvo de discussões acerca do seu valor e limites.

Neste sentido, Paulo Delgado[13] aponta duas posições extremas relativas ao diagnóstico. A primeira refere-se à visão de que o diagnóstico em psiquiatria não tem valor algum, pois cada pessoa é uma realidade única e inclassificável; ele serviria apenas para rotular as pessoas diferentes, excêntricas, permitindo ao médico um controle social, o qual permeia a discussão acerca da doença mental, consoante se verificará nas abordagens a serem realizadas no presente trabalho em itens futuros.

A segunda posição sustenta que o diagnostico psiquiátrico é o elemento principal e mais importante da prática psiquiátrica, tendo valor semelhante aquele atribuído em relação a outras especialidades da medicina.

Adverte o mencionado autor que

> apesar de ser absolutamente imprescindível considerar os aspectos pessoais, singulares de cada indivíduo, sem um diagnóstico psicopatológico aprofundado não se pode nem compreender adequadamente o paciente e seu sofrimento, nem escolher o tipo de estratégia terapêutica mais apropriado.[14]

Pode-se perceber que a dificuldade do diagnóstico na prática psiquiátrica está na relação dialética que se estabelece entre o particular, individual (aquele paciente específico, que possui uma forma particular de (con)viver na realidade) e o geral, universal (categoria diagnostica a qual esta pessoa pertence). A partir do estabelecimento do resultado desta relação é permitido afirmar que o diagnostico são idéias, construções fundamentais para o conhecimento do mundo, mas não são objetos reais e concretos.

No que diz respeito às definições legais, Antonio Carlos Santoro Filho[15] adverte que na lei, penal ou civil, não há um conceito de doença ou de transtorno mental, sendo esta decisão do legislador considerada acertada, uma vez que se trata de matéria afeta ao conhecimento técnico médico e não jurídico. Desta forma, ressalta o mencionado autor que a doença e o transtorno mental são tratados na legislação pátria apenas de forma tangencial, seja para regular a capacidade de seus portadores (art. 3º, inciso II do Código Civil – CC) seja as consequências de seus atos, ou a forma de seu tratamento (art. 26, Código Penal – CP).

---

[13] DELGADO, Paulo, Op. cit. p. 39.
[14] Idem. Ibidem.
[15] SANTORO FILHO, Antonio Carlos. **Direito e Saúde Mental**. 1ª ed. São Paulo: Verlu Editora, 2012. p. 21/22.

Estabelecidas as premissas basilares acerca da concepção de saúde e doença, parte-se para a análise histórica acerca da doença mental, a qual trará elementos que demonstrarão o surgimento do modelo hospitalocêntrico[16] no tratamento destes pacientes, bem assim as premissas que conduziram ao questionamento deste modelo.

DA LOUCURA À DOENÇA MENTAL: PESPECTIVA HISTÓRICA

As doenças mentais foram concebidas, durante a história da humanidade, de diferentes formas, as quais legitimavam o tipo de tratamento dispensado aos loucos. A loucura nem sempre foi concebida segundo um olhar médico. Na verdade, passou pelo campo da mitologia como também o da religião. Assim, enquanto na antiga Grécia, a loucura era considerada uma manifestação divina, sendo o "louco" dotado de determinada sabedoria profética, na Idade Média a loucura era vista como algo diabólico e temido.[17]

Consoante assevera Michel Foucault[18], antes do domínio da loucura, os loucos viviam como errantes, embarcados na *Narrenschiff* ou Nave dos Loucos, sendo escorraçados para fora das cidades, vagando pelos campos ou sendo entregues a mercadores ou peregrinos. Isto permitia as autoridades públicas o controle social, promovendo a purificação das cidades.

Segundo Michel Foucault[19], ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental, deixando sem utilidade os lugares obscuros onde eram recolhidos os leprosos. Aqueles que padeciam de lepra foram substituídos, inicialmente, pelos portadores de doenças venéreas, porém foram os loucos quem definitivamente tomaram o lugar dos leprosos nestas instituições. A ideia de periculosidade, de monstruosidade e a ausência de razão fizeram com que ocorresse a grande internação dos "loucos" no século XVI. Neste cenário, admitia-se como legitima a exclusão destes doentes do convívio social. Ressalte-se que a prática da internação também era dispensada aos miseráveis, libertinos, prostitutas, vagabundos e bandidos.[20] Os hospitais, ressalta Robert Castel[21], constituíam uma solução imposta às pessoas que se encontravam em estado de ruptura com a integração social.

---

[16] Neste modelo, o tratamento das pessoas com transtornos mentais centra-se na internação em hospitais pqisuiatricos.

[17] ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia, 72 (1) jan./mar., 2009. Disponível em <http://www.neurobiologia.org> Acesso em: 13 de julho de 2013.

[18] FOUCAULT, Michel**. História da Loucura**. Na Idade clássica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva . 9 ed. 2010. p. 9

[19] FOUCAULT, Michel. Op. Cit. p. 9

[20] Idem Ibidem.

[21] CASTEL, R.**A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1978. p. 64.

Segundo Carlos Frederico de Oliveira Alves et al.[22], a loucura passa a ter um caráter moral que a desqualifica, uma vez que trazia consigo um conjunto de vícios, como preguiça e irresponsabilidade. Alerta ainda o mencionado autor que atrelado a isto, no século XVII, o mercantilismo faz com que todos aqueles que não podiam contribuir com o movimento da produção, comércio e consumo, passem a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante.

Ao louco, neste contexto, era imposto o exílio do meio social, não tendo o direito ao exercício dos direitos sociais, bem como a disposição de seu corpo. Nos hospitais psiquiátricos[23] estes doentes ficavam excluídos das vivências familiares e sociais.

Esta concepção da loucura implicou, ressaltam Marlene Braz e Fermin Schramm, em tratamentos desumanos, sendo-lhes prescritos disciplinas, ameaças, grilhões e golpes, além de purgantes, vomitórios e sangrias. O médico, neste "tratamento" era figura ausente das casas, mantendo-se afastado dos doentes mentais, deixando-os nos calabouços e nas correntes.

Neste sentido, oportuna a abordagem trazida por Michel Foucault[24]

> Os diretores nomeiam, além do mais, um médico com o salário de 1000 libras por ano. Ele reside na Misericórdia, mas deve visitar cada uma das casas do Hospital duas vezes por semana. De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa.
> [...]
>
> Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – O Hospital é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: a terceira ordem da repressão.

Em referência à caracterização dos hospitais psiquiátricos (manicômios), Erving Goffman[25] identifica estas instituições como totais, uma vez que todas as atividades dos internos eram realizadas nas suas dependências, sem interação com o ambiente externo. Salienta Goffman que nestas instituições há uma divisão básica entre os internados, os quais têm contato restrito com o mundo externo, e a equipe dirigente que está integrada com os acontecimentos existentes fora da instituição.

---

[22] ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; et al., Op. Cit. p. 86

[23] O Brasil foi o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio, o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, no bairro da Praia Vermelha, (STOCKINGER, Rui Carlos. Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro: Vozes. 2007, p. 27)

[24] FOUCAULT, Michel Op. cit. p. 49/50.

[25] GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Daniel Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva , 8 ed. 2008

Ressalta o mencionado autor que quando uma pessoa é internada em uma instituição total ela passa por um processo denominado de mortificação do eu. Neste processo, a pessoa é despojada do "conjunto de identidade, seus valores e sua subjetividade". Por esta razão caracterizam-se os hospitais psiquiátricos como instituições totais.

Marlene Braz e Fermin Roland Schramm[3] ressaltam que a partir do século XVII, com os estudos do cérebro, nasce à neurofisiologia[26] e, no século XVIII, a neuropatologia. Neste contexto, salientam os autores, começam a ser formuladas as bases de uma psiquiatria sem psicologia.

Em 1793, Phillippe Pinel foi nomeado médico-chefe do hospital de Bicêtre, onde apresentou a psiquiatria como vertente médica no cuidado dos loucos. Considerado o pai da psiquiatria, Pinel promoveu a primeira reforma psiquiátrica. Foi ele quem propôs uma nova forma de tratamento para os loucos libertando-os das correntes e estabelecendo a internação em instituições destinadas exclusivamente a estes doentes[27].

Pinel traz a apropriação da loucura pela medicina. A partir da reforma promovida por ele, a loucura passa a ser admitida como doença mental. Além disto, a perspectiva apresentada faz com que os doentes mentais sejam separados dos demais excluídos, sendo o asilo um local onde se promoverá o estudo destes doentes em busca da cura, mediante a reclusão e a disciplina.

Ele fundamentou a seqüestração do louco e, conseqüentemente seu afastamento da vida social. Assim, ao passo em que justificava a própria internação, ele também explicava a necessidade da existência dos hospitais e asilos. Pode-se dizer que ele trouxe o fundamento médico para a internação dos doentes mentais.

A visão defendida por Pinel foi fortalecida com a lei francesa de 1838, a primeira lei que estabeleceu como um direito a assistência médica. Desta forma, ressalta Renata Corrêa Britto[28]

> A construção desse modelo e dessa crença no tratamento baseado em internação hospitalar estruturada na época da constituição da psiquiatria enquanto ciência foi fortalecida pela legislação referente. Embora tenha sofrido questionamentos, tal modelo ainda encontra-se presente nos dias atuais.
> A partir deste modelo de legislação, a internação psiquiátrica constituiu-se legalmente em principal recurso de tratamento e o asilo, seu fundamental local de realização.

A forma de perceber o doente mental concebia-lhe apenas o direito de ser tratado, renegado-lhe, devido a sua desrazão, os demais direitos sociais, sendo-lhe reservado a interdição civil e

---

[26] A neurofisiologia é parte da fisiologia que trata do sistema nervoso, enquanto a neuropatologia é o ramo da patologia que se ocupa das doenças do sistema nervoso.

[27] FOUCAULT, Michel. Op. Cit. P. 47.

[28] BRITTO, Renata Corrêa. A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.2016/01 **Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública). Fundação Osvaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública. P. 27

o controle absoluto. Legitimava-se, desta forma, a exclusão do doente mental do convívio social.[29]

No final do século XIX, ocorre a segunda Reforma Psiquiátrica, que integra a psiquiatria e a psicologia. Neste sentido, Marlene Braz e Fermin Roland Schramm[30] ressaltam a aplicação das ideias de Freud ao lançar as bases para uma psiquiatria dinâmica, que implicava ver a doença como um conjunto de reações psíquicas e não como uma enfermidade orgânica. A evolução da percepção científica dos doentes mentais permitiu uma visão mais adequada destas enfermidades. Os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais passaram a ser considerados na gênese e na evolução das doenças mentais. Todavia, advertem os autores que "concepções arcaicas da relação entre doença, culpa e pecado permanecem até os dias atuais, colaborando, significativamente, para a estigmatização do doente mental."[31]

Por relevante, imperativo destacar que a Itália realizou a terceira reforma psiquiátrica que, consoante será abordado neste artigo, embasou a legislação acerca da mudança de assistência aos doentes mentais no Brasil.

Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano, ao ocupar o cargo de diretor do Hospital Provincial, na cidade italiana de Treste, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, com os serviços de atenção comunitária, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativa de trabalho protegido e centros de convivência e moradias assistidas. Ele firmou novas formas de entender, lidar e tratar a doença mental.

Em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço de Psiquiátrica de Treste como referência mundial para reformulação do modelo de assistência ao doente mental. Como consequência foi aprovada, na Itália, a Lei nº 180 ou "Lei de Reforma Psiquiátrica Italiana", conhecida também como "Lei Baságlia".

Esta lei italiana foi o referencial para a elaboração do projeto de lei proposto pelo Deputado Paulo Delgado, o qual, consoante se passa a abordar, visa a desinstitucionalização dos doentes mentais.

---

[29] ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; et al. Op. cit. p. 87

[30] SCHRAMM Fermin Roland; BRAZ, Marlene; **Bioética e pesquisa em saúde mental**. Disponível em: <http://www.scielo.br>.Acesso em: 18 jan 2013.

[31] Idem Ibidem

NASCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

A vinda da família real para o Brasil, em 1808, criou as bases para a implementação e desenvolvimento da psiquiatria no território nacional. O aumento da população trouxe consigo o problema da loucura nas ruas. Até a metade do século XIX, os doentes mentais que habitavam a cidade do Rio de Janeiro não eram destinatários de qualquer assistência médica especifica.

O pensamento era o mesmo admitido na Europa: a necessidade de controle social. Por isto, os loucos eram recolhidos a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, lugar de assistência, de caridade, porém bastante distante de qualquer caminho que conduzisse a cura[32]. "Os loucos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos à contaminação por doenças infecciosas e subnutridos."[33]

Em 1830, um grupo de médicos, higienistas em sua maioria, começa a pedir, entre outras medidas de higiene pública, a criação de hospício para os alienados. Estes médicos criaram a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro- SMRJ.

A solicitação deles fundamentava-se em pesquisa realizada pela SMRJ, a qual demonstrou que os loucos viviam em precárias condições tanto nos hospitais, quanto nas prisões e nas ruas.

Desta forma, em 1841, foi assinado, pelo imperador Dom Pedro II, o decreto de fundação do Hospício Pedro II, o qual só foi inaugurado 11 anos depois em 1852, contando já na inauguração com 144 doentes internados.

Em 1890, o Hospício Pedro II se tornou Hospício Nacional dos Alienados, sendo desligado da Santa Casa e passando a ser administrado pelo Estado. Neste mesmo ano foram criadas a Assistência Médico-Legal aos Alienados, as colônias de São Bento e de Conde de Mesquita na atual Ilha do Governador e a colônia do Juqueri em São Paulo. Todas seguindo a característica da assistência psiquiátrica brasileira de constituir-se enquanto colônias e estarem localizadas longe dos centros urbanos.[34]

Além disto, salienta-se a aprovação da primeira regulamentação nacional referente à assistência dos alienados, o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.[35]

---

[32] COSTA, Jurandir Costa. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. p. 33.

[33] BRITTO, Renata Corrêa. Op. cit. 32

[34] [34] COSTA, Jurandir Costa. Op. Cit.p. 33.

[35] O Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903 reorganizava a assistência a alienados, constituindo a primeira regulamentação brasileira acerca da matéria. Este Decreto apresentou bastante semelhança com a Lei Francesa de 1838, a qual estabelecia as principais diretrizes a serem adotadas na internação dos alienados. Tanto a lei francesa, quanto o decreto brasileiro admitiam oficialmente a internação como medida própria para o tratamento dos doentes mentais.

Segundo Renata Corrêa Britto[36], a psiquiatria passou a ser considerada especialidade médica, no Brasil, a partir de 1912 e o número de estabelecimentos psiquiátricos sofreu um forte aumento.

Em 1930, passam a ser aplicadas novas formas de "tratamento" psiquiátrico tais como os choques insulínicos e cardiazólico, com a eletroconvulsoterapia (ECT) e a lobotomia.

No governo militar ocorreram significativas mudanças em relação à saúde, as quais foram decorrência da compra de serviços médicos oferecidos por produtores privados no lugar dos serviços próprios da previdência, o que ocasionou um abandono da rede pública de assistência, bem como o aumento substancial dos hospitais psiquiátricos[37].

Contrário à forma de tratamento dos doentes mentais no Brasil, surge, em 1978 (mesmo ano em que foi aprovada a lei de Basaglia na Itália), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento apresenta diversas críticas ao modelo psiquiátrico adotado no país. Partindo da compreensão da função social da psiquiatria e suas instituições, traz à baila a questão da desinstitucionalização[38].

A desinstitucionalização pode ser percebida como a ruptura do paradigma clínico racionalista-organicista dominante, o qual institui o manicômio como principal recurso de tratamento. Este paradigma, ao qual se contrapõe a desinstitucionalização, neutraliza conceitos como exclusão, isolamento, segregação, violência, tutela, despersonalização do doente e hospitalização integral, fazendo com que procedimentos ditos terapêuticos sejam incorporados ao tratamento como essenciais aos doentes.[39]

Neste sentido, oportuna as considerações trazidas por Antonio Carlos Santoro Filho[40] acerca da desinstitucionalização:

> A desinstitucionalização aponta para uma nova abordagem do problema da doença ou dos transtornos mentais, absolutamente distinta daquela oferecida pela psiquiatria do manicômio. O doente não mais se resume à doença e nem constitui objeto do

---

[36] BRITTO, Renata Corrêa. Op. cit. 32

[37] Entre os anos de 1965/1970 os hospitais psiquiátricos tiveram um aumento de clientela de 14.000 em 1965 para 30.000 e as internações variaram de 35.000 em 1965 para 90.000 em 1970. Ainda em decorrência desta política de compra de serviços médicos verificou-se ainda que em 1977 houve 195.000 internações psiquiátricas desnecessárias; entre os anos de 1973 e 1976 houve um aumento de 344% no percentual de internações psiquiátricas; os leitos psiquiátricos subiram de 3.034 em 1941 para 55.670 em 1978, enquanto que os leitos públicos variaram de 21.079 para 22.603; o número de hospitais privados conveniados aumentou de 100 hospitais em 1965 para 276 em 1979. BRITTO, Renata Corrêa. Op. cit. p. 39/40.

[38] A desinstitucionalização constitui uma abordagem da psiquiatria democrática italiana que visa um constante (re)pensar os saberes e as praticas da psiquiatria, ou seja, decompor o agir institucional. Já a desospitalização constitui apenas uma das facetas da desinstitucionalização, podendo ser percebida como a retirada dos indivíduos do ambiente hospitalar.

[39] BRITTO, Renata Corrêa. Op. Cit. p. 54

[40] FILHO SANTORO, Antonio Carlos. Direito e Saúde Mental. 1ª ed. São Paulo: VErlu Editora, 2012. p. 50.

> tratamento, mas passa a ostentar a condição de coparticipe da solução da situação-problema; em síntese deixa de figurar como objeto da psiquiatria para passar a ostentar a condição de sujeito.

Em 1987, ocorre, na cidade de Bauru, o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental– MTSM, no qual surgiu o lema "Por uma sociedade sem manicômios", sendo, nesta ocasião, proposta do Dia Nacional de Luta Antimanicomial. Partia-se para a desinstitucionalização do tratamento dos doentes mentais.

Aliado a este movimento, em 1989, uma ação promovida pela prefeitura do município de Santos/SP: a partir de denúncias de morte e violência cometidas contra internos da Casa de Saúde Anchieta, levou a uma intervenção nesta instituição particular. Fechado o manicômio, a cidade de Santos pode implementar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, a qual era composta por Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), cooperativas sociais, associações e outras estratégias de cuidado e assistência.[41]

As discussões acerca do tratamento dispensado ao doente mental geraram a elaboração do Projeto de Lei Paulo Delgado[42], o qual apresentava a proposta de extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico. Aliadas a esta iniciativa, as Portarias nºs 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde estabeleciam que o Sistema Único de Saúde[43,44] (SUS) poderia financiar procedimentos assistenciais aos doentes mentais fora das instituições psiquiátricas.

Inspirado na Lei Baságlia italiana, foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657/89, que previa, entre outras disposições, a extinção dos hospitais psiquiátrico, propondo um tratamento mais humanizado para os doentes mentais. Desta forma, os pacientes destes hospitais seriam reinseridos no meio social, sendo a internação medida excepcional.

O projeto de lei, doze anos após o início da sua análise, foi transformado na Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Esta lei estabeleceu direitos e diretrizes a serem respeitados pelo Estado, pelos profissionais de saúde mental, assim como pelos familiares dos doentes. Traz ainda a restrição do internamento a situações excepcionais, sendo indicada a promoção de políticas para a reinserção do doente mental na sociedade. Este diploma legal, vigente até os

---

[41] BRITO, Renata Corrêa. Op. Cit. p. 48

[42] Em alguns Estados da federação projetos similares foram propostos projetos de lei com o intuito de extinção dos manicômios: em Rio Grande do Sul, 1992; no Ceará, 1993; em Pernambuco, em 1994; Rio Grande do Norte, 1995; em Minas Gerais, 1995; e no Paraná, 1995.

[43] "A Constituição Federal estabeleceu em seu artigo 198 que ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único, organizado em três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; assistência integral e participação da comunidade." (SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único e suas diretrizes constitucionais**. 1ª ed. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.p. 77).

[44] O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

dias atuais, trouxe uma nova forma de pensar o doente mental: se antes ele era apenas um objeto do tratamento, agora passa a ser pensado como pessoa detentora dos direitos da cidadania, devendo ter a sua dignidade respeitada[45].

Esta lei, ainda que não corresponda a redação original do projeto de lei, a qual previa a extinção dos manicômios, traz especiais avanços no que se refere ao respeito aos doentes mentais. Dentre estes avanços destaca-se aquele que os coloca como indivíduos que necessitam proteção devido a sua vulneração, daí partir-se para a análise desta legislação à luz da bioética da proteção[46].

Os portadores de transtornos mentais podem ser percebidos como vulnerados, tendo em vista a carga conotativa que traz as doenças das quais padecem. Além disto, a permanência destes doentes em hospitais psiquiátricos, por longos períodos de internação, solicitam um tratamento diferenciado. Assim, concebe-se, neste caso, a pertinência da aplicação da bioética da proteção a estes vulnerados.

BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

A bioética[47] constitui um campo do conhecimento que visa refletir as situações da vida, abrangendo as questões de saúde e doença dos seres vivos humanos e não-humanos. Consoante assevera Francesco Bellino, trata-se de uma ética aplicada ao bio-reino. A bioética não é antropocêntrica, mas biocentrica, ou seja, refere-se à relação do homem com o bios.[48]

Miguel Kottow[49] ressalta que uma das primeiras e mais influentes sistematizações da disciplina bioética foi a vertente principialista, a qual tem o mérito de sistematizar "numa proposta

---

[45]O art. 6º da Lei nº 10.216/2001 prevê que a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Há segundo, o mencionado dispositivo, três possibilidades de internação: a voluntária - aquela que se dá com o consentimento do usuário; a involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a compulsória: aquela determinada pela Justiça.

[46] Segundo dados do Ministério da Saúde em 2002 existiam 51.393 leitos psiquiátricos no Brasil, sendo que em 2011 persistiam 32.284 leitos, perfazendo 80 leitos por 10.000 habitantes.

[47] Em janeiro de 1971, Von Rensselaer Potter publicou o primeiro livro com o neologismo "bioética" no titulo: *Bioethcs: Bridge to the future*. Segundo Ferrer e Álvarez em 1970, Potter já tinha empregado o termo "bioética" em artigo publicado na Revista Zygon, o qual era intitulado " *Bioethics: The Science of Survival*". Von Potter concebia a bioética como uma nova disciplina que combinaria os conhecimentos biológicos com aqueles advindo dos sistemas de valores humanos. A bioética seria o ponto de encontro entre as ciências humanas e experimentais, visando à preservação da vida no planeta[47]. Os aspectos destes dois campos (biológico e humano) deveriam ser refletidos de forma associada, a fim de *que* as conquistas alcançadas nas ciências biomédicas fossem analisadas tomando-se por suporte não apenas os conhecimentos biológicos, mas também aqueles advindos das ciências humanas. FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para Fundamentar a Bioética**. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: 2003.p 60.

[48] BELLINO, Francesco. **Fundamentos da Bioética**. Aspectos antropológicos, ontológicos e morais Tradução de Nelson Souza Canabarro. Bauru: EDUSC, 1997, p. 35.

[49] KOTTOW, Miguel. Bioética de Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, Fermin Roland, REGO, Sérgio, BRAZ, Marlene (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora FIOCRUZ, 2005.

coerente os princípios reconhecidos e formulados desde a antiguidade pela tradição da filosofia moral ocidental e também pela teologia moral cristã".[50]

Esta corrente formulada por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, na obra *Principles of Biomedica Ethcs* estabelece como parâmetro quatro princípios gerais fundamentais para orientar moralmente as decisões dos dilemas dos pesquisadores e dos clínicos no âmbito da biomedicina. Foram indicados os princípios do respeito à autonomia, à beneficência, à não-maleficência e à justiça.[51] Esta corrente expandiu-se, sendo os princípios por ela defendidos considerados, equivocadamente, os únicos a serem ponderados nas discussões bioéticas.

O principialismo adequava-se às diretrizes éticas individuais relacionadas à prática clínica ou à pesquisa científica, não atendendo aos dilemas bioéticos inerentes aos denominados países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Assim, os bioeticistas passaram a formular propostas voltadas para as questões sociais, alimentando às críticas e a superação em relação ao principialismo[52]. A partir disto surgiram correntes bioéticas contrapondo-se às alegações da corrente principialista.

No Brasil, são realizados estudos sob a ótica de diversas correntes: Bioética de Reflexão Autônoma, Bioética de Proteção, Bioética da Intervenção, Bioética e Teologia da Libertação, Bioética Feminista e Bioética de Proteção Ambiental[53]. No entanto, devido à abordagem eleita para analisar a Reforma Psiquiátrica estabelecida pela Lei nº 10.216/2001, passa-se a examinar a Bioética da Proteção.

A abordagem da Bioética da Proteção solicita, preliminarmente, a compreensão da distinção entre os conceitos de vulnerabilidade e vulneração. A palavra vulnerabilidade deriva do latim "*vulnus*" que significa ferida. Esta constitui a condição inerente a todos os seres vivos, inclusive o humano de ser ferido, ou seja, trata-se da vulnerabilidade existencial. A vulneração, por sua vez, pode ser indicada como um acréscimo ao estado de vulnerabilidade. Neste sentido, oportuna à transcrição abaixo indicada, a qual caracteriza, com precisão, o estado de vulneração.

> [...] situação na qual, de fato, a vulnerabilidade potencial dos seres humanos (e de todos os seres vivos) acentua-se, devido a contingências, como o pertencimento a uma determinada classe social, a uma determinada etnia, a um dos gêneros ou dependendo de suas condições de vida, inclusive o estado de saúde.[54]

---

[50] FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. Op. Cit,. p. 151

[51] Idem. p. 119.

[52] SIQUEIRA, José Eduardo; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Linhas Temáticas da Bioética no Brasil**. In: ANJOS, Márcio Fabri; SIQUEIRA, José Eduardo de (Org.). Bioética no Brasil: Tendências e Perspectiva. São Paulo: Idéias & Letras, 2007. p. 167.

[53] Idem. p. 163

[54] Idem p. 167

A Bioética da Proteção, distante das diretrizes principialistas, traz a proposta da efetivação da prática do amparo a quem necessita, referindo-se a função principal do *ethos*: dar amparo e proteção aos vulnerados. Assim, esta corrente bioética identifica-se na filológia da palavra *ethos,* no sentido de guarida, abrigo para acolher o ser humano contra ameaças naturais e de terceiros, atingindo, nesta perspectiva, o sentido pleno da ideia de proteção.[55]

Neste contexto, oportunas às considerações de Fermin Roland Schramm, teórico desta corrente, a seguir transcritas:

> A bioética da proteção é uma proposta recente no campo da bioética, formulada inicialmente por pesquisadores latino-americanos, que torna explícitos conteúdos que perpassam a ética desde seus albores e que se referem aos problemas morais envolvidos pelas práticas que dizem respeito à vulneração humana.[56]

Percebe-se, portanto, que a bioética da proteção busca dar amparo aqueles que, além da vulnerabilidade inerente a todos os seres vivos humanos e não-humanos, pertencem à população de vulnerados, incapazes de enfrentar a adversidade com seus próprios meios, entre os quais está o doente mental.

Saliente-se que a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humano[57] contempla a questão da vulnerabilidade humana, bem como a necessidade de proteção a determinados indivíduos e grupos caracterizados como vulnerados.

> Art. 8º Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal
> Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.

Abordada a construção do modelo hospitalocêntrico, bem assim as premissas da Bioética da Proteção, parte-se para análise da vulneração das pessoas portadoras de transtornos mentais.

---

[55] Idem. Ibidem.

[56]SCHRAMM, Fermin Roland. **A Bioética da Proteção pode ser uma ferramenta válida para resolver os problemas morais dos países em desenvolvimento na era da globalização?.** Revista do Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal da Bahia. nº 16, Ano 2008.1. p. 396.

[57] **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humano** <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso: 12 jan. 2013

BIOÉTICA DA PROTEÇÃO E A LEI Nº 10.216/2001: DIGNIDADE E DIREITO A SAÚDE

Béatrice Maurer, assumindo a dificuldade de definição do que venha a ser dignidade, ressalta que esta constituí a característica essencial e fundamental da pessoa humana, daí "deduz-se então um dever ético de corresponder a essa característica nas ações concretas ou estabelecer estratégias para evitar a depravação da natureza essencial do homem"[58].

Neste sentido, Ingo Wolfgang Sarlet, ao discutir a dignidade da pessoa humana, a caracteriza como "a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade."[59] Não deve para que seja reconhecida a dignidade da pessoa humana ser exigida qualquer condição adicional.

Roberto Andorno[60], na mesma linha, a identifica como um valor único e incondicional existente em todo ser humano, desde o embrião até o ser adulto, ainda que este padeça de alguma doença psíquica.

Na esteia dos mencionados autores, a dignidade então pode ser admitida como a característica inerente a todos os seres humanos independentemente de qualquer condição, sendo intrínseca a pessoa pelo simples fato dela existir.

Tendo a dignidade esta característica de fundamental e essencial própria a qualquer pessoa, uma pergunta impõe-se: como pode ser a dignidade perdida ou maculada se ela não depende de qualquer outra condição?

Béatrice Maurer, neste sentido, adverte a existência de duas dimensões da dignidade humana. A dimensão fundamental, essencial que não pode ser usurpada da pessoa em qualquer condição; assim, ainda que submetida a uma situação degradante ou humilhante a pessoa continua digna; a sua dignidade enquanto pessoa humana não é atingida ou perdida nestas situações.[61]

Ocorre, nestes casos, a mácula a segunda dimensão, a qual a autora denomina de "dignidade atuada", ou seja, quando o homem age ou sofre uma situação indigna é atingida esta dimensão

---

[58] MAURER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana. ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. In: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). **Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2005.p. 74.

[59] SARLET, Ingo Wolfgang. As Dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: **Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora Ltda. 2005, p. 37.

[60] ANDORNO, Roberto. "Liberdade" e "Dignidade" da Pessoa: Dois paradigmas opostos ou complementares na Bioética? In: In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009. p. 73-93.

[61] Idem. Ibidem.

da dignidade, continuando este a ser uma pessoa plenamente dotada de dignidade fundamental da mesma forma que qualquer outra pessoa.

Daí a autora estabelecer a distinção entre direito à dignidade e direito ao respeito à dignidade. Quando se refere à dignidade fundamental não há que se falar em direito à dignidade, visto que a pessoa humana conserva a sua dignidade "independentemente de tudo aquilo que externa e internamente pode degradá-la, humilhá-la ou destruí-la."

Neste contexto, não se pode afirmar que a pessoa com transtorno mental enquanto mantido nos manicômios afastados do convívio social tiveram a sua dignidade maculada, uma vez que ainda que em situação degradante ela continua a ser intrinsecamente digna. Há, consoante assevera a mencionada autora, neste caso, a violação do direito ao respeito à dignidade, o qual deve ser garantido com medidas protetivas deste doente em virtude da sua vulneração, conforme diretriz trazida pela Bioética da Proteção.

Esta macula ao respeito à dignidade atuada faz com que os doentes mentais sejam percebidos como vulnerados, necessitando de medidas estatais que venham a garantir a proteção destes fora do âmbito institucional. Isto gera não apenas a necessidade de retirada deles das instituições, mas, sobretudo, medidas que visem a protegê-los tendo em vista a vulneração que experimentam devido à doença.

Convém ressaltar que a Reforma Psiquiátrica não se restringe aos ditames legais, mas, constitui, na verdade, uma nova forma de percepção diferenciada da pessoa com transtorno mental. Se antes ela era o objeto do tratamento, possuindo apenas o direito a ser tratado, hoje, na nova concepção implementada pela luta antimanicomial, percebe-se este doente como um sujeito do tratamento, o qual precisa e deve ter seu direito ao respeito à dignidade observado, assim como os direitos sociais.

Soraya Maria de Medeiros e Jacileide Guimarães[62] ressaltam que o direito de cidadania da pessoa portadora de transtorno mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e 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.

A reforma psiquiátrica constitui um processo político e social complexo, que visa à desconstrução de antigas formas de saberes, valores e relações no pensamento da doença

---

[62] MEDEIROS, Soraya de; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e doença mental no Brasil**:** contribuição ao debate. In: **Ciência e saúde coletiva.** São Paulo: 7(3) 571-579, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01 jun. 2013.

mental, e, ao mesmo tempo; a construção de uma nova forma de se conceber o tratamento da pessoa com transtorno mental, considerando-a também membro da sociedade com o exercício dos direitos próprios ao respeito a sua dignidade e cidadania.

Esta (des)construção tem como objetivo a proteção dessas pessoas, notadamente aquelas usuárias dos serviços do SUS – Sistema Único de Saúde, tomando-as como indivíduos vulnerados.

Deve-se, neste sentido, destacar a contribuição trazida por Maria Patrão do Céu[63] para quem a vulnerabilidade apresenta três sentidos: condição, característica e princípio. Enquanto condição ela se refere à vulnerabilidade existente em todos os seres humanos, independentemente de qualquer outra razão; trata-se da vulnerabilidade existencial. A vulnerabilidade como característica diz respeito à adjetivação de grupos ou populações que experimentam situações que lhes trazem uma fragilidade acrescida. Por fim, o princípio diz respeito à "regra" a ser observada na análise das situações concretas.

Consoante as diretrizes da Bioética da Proteção, já declinadas em item pretérito, convém destacar que a Lei nº 10.216/01, visa apresentar os ditames basilares para a proteção destes vulnerados (pessoas com transtornos mentais), assim admitidos tendo em vista a doença que enfrentam. Desta forma, pode-se perceber que a lei busca a reafirmação dos direitos deste doente enquanto detentor de dignidade. Neste sentido, rechaça-se a internação como único e mais eficiente modo de tratamento.

Importa destacar, por oportuno, o trabalho desenvolvido por Nilse da Silveira, psiquiatra e estudiosa da teoria de Carl Gustav Jung, que, na década de 40, negando a eficiência de formas agressivas de tratamento tais como o eletrochoque, insulinoterapia e lobotomia, estabeleceu a arte como modelo terapêutico. A utilização das atividades artísticas como terapia foi iniciada, em 1946, no Serviço de Terapêutica Ocupacional no Hospital Engenho de Dentro. Este modelo, tendo como diretrizes o afeto e a atividade artística buscava a reorganização psíquica e reinserção social da pessoa com transtorno mental. Devido à ampla produção dos internos, foi fundado, por Nise da Silveira, o Museu de Imagens do Inconsciente, local que além do abrigo das obras artísticas, acolhia os seus criadores, pois dentro do Museu havia um atelier. Por este motivo este espaço ficou conhecido como um "Museu Vivo".[64]

---

[63] NEVES, Maria do Céu Patrão. **Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio.** Disponível em: <http://www.bioetica.catedraunesco.unb.br/htm/X%20-%20htm/biblio/htm_RBB/RBB%202-2/Art01.pdf.> Acesso em: 27 jul. 2013.

[64] OLIVEIRA, Patrícia Fonseca de; MELO JUNIOR, Walter. **Arte e Saúde Mental**: mapeamento e análise de trabalhos na Região Sudeste. Disponível em:< http://www.abrapso.org.br> . Acesso em: 12 jan. 2013

Partindo-se para análise dos dispositivos trazidos pela Lei nº 10.216/2001, convém destacar que no art. 1º deste diploma legal verifica-se o reconhecimento da vulnerabilidade das pessoas portadoras de transtornos mentais, ao se assegurar os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental sem qualquer forma de discriminação.

Neste sentido, o art. 2º da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) elenca os direitos diretamente relacionados às pessoas portadoras de transtornos mentais. Da leitura deste dispositivo vislumbra-se que há preocupação na participação destas pessoas no seu processo terapêutico, garantindo-se a sua inserção na sociedade.

Desta forma, estabelecem-se dentre seus direitos: o acesso ao melhor tratamento de saúde; ser protegido contra abuso ou exploração; a presença médica, a qualquer tempo, para esclarecer a necessidade de sua internação involuntária[65]; ter acesso aos meios de comunicação disponíveis e receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, e ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Percebe-se que a "desrazão" das pessoas portadoras de transtorno mental não afasta, consoante estabelecido no diploma legal, a possibilidade de participação destas na sua terapêutica. Aliás, esta constitui também uma forma de proteção deste doente, o qual, a depender de seu estado, poderá inclusive opinar nas questões relacionadas com seu tratamento.

A preocupação na participação destas pessoas nos aspectos relativos aos transtornos mentais também se estende às pesquisas científicas para fins diagnósticos e terapêuticos, os quais deverão contar, nos termos do art. 11 da Lei nº 11.216/2001, com o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal. Neste caso, importa destacar também, se exige a comunicação aos conselhos profissionais e ao Conselho Nacional de Saúde.

Este dispositivo legal visa proteger as pessoas portadoras de transtornos mentais de possíveis excessos nas pesquisas cientificas ou até mesmo na realização destas investigações sem o seu devido conhecimento. Depreende-se, em consonância com os direitos elencados no art. 2º que este consentimento deverá estar amparado na devida informação acerca da investigação e seus possíveis resultados.

Por outro lado, ainda no que diz respeito à proteção destas pessoas, a lei determinou ao Estado Brasileiro, no art.3º, o desenvolvimento de política de saúde mental, bem assim, no art. 8º, § 1º,

---

[65] No art. 6º, parágrafo único da Lei nº 10.216/2001, são consideradas três formas de internação: a voluntária, a involuntária e compulsória. A primeira refere-se aquela internação que ocorre com o consentimento do usuário; a involuntária caracteriza-se pela ausência de consentimento do usuário e ocorrência do pedido de terceiro e a compulsória é aquela determinada pela Justiça. Esta última tem gerado diversas discussões no âmbito jurídico e psiquiátrico.

a participação do Ministério Público no caso de internações involuntárias, as quais devem constituir a exceção no tratamento destes doentes.

Em referência a política de saúde mental no Brasil, e em sintonia com os arts. 3º e 4º da Lei nº 10.216/2001, destaca-se a oficialização dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial ou NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial[66,67], que constituem serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os CAPS/NAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM nº 224/92, sendo definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local e que devem oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Trata-se de centro destinado a oferecer atendimento aos portadores de transtornos mentais realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

O trabalho desenvolvido nestes CAPS/NAPS deve buscar a reinserção dos pacientes ao convívio social e familiar, bem assim a promoção dos recursos extra-hospitalares. Nestes centros deve ser oferecida assistência integral e multidisciplinar, incluindo serviços médico, social, psicológico, bem como ocupacionais e lazer, conforme disposto no art. 4º, § 2º da Lei nº 10.216/2001.

Ainda no que se refere à promoção dos direitos do portador de transtorno mental, bem assim com o objetivo de reinserção social, destaca-se a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, conhecida como Lei do Programa de Volta para Casa[68,69]. Este diploma legal institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações no valor de R$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) mensais, por um período de 1

---

[66] O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Os CAPS/NAPS foram oficialmente criados mediante a Portaria MINISTÉRIO DA SAUDE. Saúde Mental no SUS. Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 13 de junho de 2013.

[67] Segundo dados do Ministério da Saúde existiam, em 2011, no Brasil 1742 Centros de Atenção Psicosssicial, perfazendo 0,87 CAPS por 100.000 habitantes. Disponível em: <http\\www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 13 de julho de 1013.

[68] O Programa de Volta para Casa foi instituído para atender 14 mil doentes. Dados disponíveis em: <www.ms.gov.br>>. Acesso em: 15 de jul de 2013.

[69]Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2011, existiam, no Brasil, 3961 beneficiários do Programa de Volta para Casa. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br> Acesso em: 13 de jul. 2013.

ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja em condições de se reintegrar à sociedade e, sendo reajustável pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

Ressalte-se que este Programa visa atender ao art. 5º da Lei nº 10.2016/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), o qual determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou aqueles em situação de grave dependência institucional, seja objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Admite-se, no presente trabalho, que as ações trazidas à baila visam minimizar a vulneração das pessoas com transtornos mentais egressas dos hospitais psiquiátricos, ou até mesmo daquelas que apesar de ainda não terem experiência em manicômios necessitam igualmente de amparo e proteção. Neste sentido, a efetivação destas políticas terá efeito direto em relação ao amparo destas pessoas.

A existência de legislação a fim de estabelecer os direitos e as diretrizes de proteção destas pessoas não pode ser admitida, por si só, como bastante para a promoção do amparo a estas pessoas. É necessário que as determinações legais sejam efetivadas a fim de que seja minimizada a vulneração que estes portadores de transtornos mentais enfrentam também fora dos ambientes hospitalares.

O OUTRO LADO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Lei de Reforma Psiquiátrica traz à baila elementos apresentados pela Bioética da Proteção. A política de saúde mental estabelecida pelo Estado Brasileiro reconhece a vulneração das pessoas portadoras de transtornos mentais, as quais exigem medidas direcionadas às suas necessidades de forma mais pontual e efetiva.

Neste sentido, pode-se reconhecer a Reforma como um movimento de promoção da saúde do portador de transtornos mentais, não como ausência de doença, mas como promotora da harmonização entre este e a realidade que o rodeia. Esta pretensão de estabelecimento do estado de saúde, ou o mais próximo deste, das pessoas que padecem de transtornos mentais exige a retirada deles dos ambientes isolados dos manicômios.

Reconhece-se, por conseguinte, a Reforma Psiquiátrica como promotora do respeito à dignidade dos portadores de transtornos mentais, bem assim como garantidora do direito constitucional à saúde.

A situação enfrentada pelos doentes mentais nas instituições psiquiátricas, por certo, não atendem a essa concepção de saúde, não só em relação aos transtornos mentais, como pela

inexistência de interação com a sociedade. Contudo, a saída destes doentes dos manicômios não gera, por si só, o atendimento a este conceito.

Defende-se que, consoante admitido pela Bioética da Proteção, estes doentes necessitam de medidas de amparo devido ao acréscimo de vulneração que experimentam fora dos hospitais. Os egressos dos hospitais psiquiátricos para aproximarem-se deste estado de saúde deverão ser envolvidos em políticas que contemplem todas as vertentes do conceito de saúde como a harmonia entre o sujeito e sua realidade.

Convém destacar, neste sentido, a pesquisa realizada por Renata Côrrea Britto[70], em instituições do estado de Pernambuco. Nesta investigação, a referida autora, já nos primeiros anos de implementação dos dispositivos da Lei nº 10.216/2001, percebeu a ineficácia de alguns ditames estabelecidos neste diploma legal.

A internação não era vista como uma exceção, sendo muitas vezes indicada sem o esgotamento de outras vias alternativas. Além disto, a comunicação das internações realizadas ao Ministério Público demonstrou-se como mais uma burocracia, resumindo-se ao preenchimento de documentos e envio para aquela instituição a fim de que fossem meramente arquivada.

Destaque-se ainda notícias trazidas à baila veiculadas pelas instituições de psiquiatria acerca da inexistência de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS em muitos municípios, bem como o funcionamento de outros sem, por exemplo, a atuação de médico psiquiatra[71].

Neste sentido, importante trazer à baila as considerações da Associação Nacional de Psiquiatria, abaixo transcrita

> Na prática, o governo tem investido na desospitalização a qualquer preço, sem considerar o destino das pessoas desospitalizadas. Ao invés de criar novos serviços extra-hospitalares e investir na melhoria dos serviços hospitalares e extra-hospitalares existentes, o que iria desembocar numa diminuição natural das internações psiquiátricas e possibilitar o encaminhamento dos desospitalizados, a Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde passou a digladiar-se com os psiquiatras e com os hospitais psiquiátricos em busca do fechamento incondicional dos hospitais. [72]

Diante deste panorama vislumbra-se que há um relativo avanço legislativo no que diz respeito à proteção dos portadores de transtornos mentais no Brasil, o qual deve ser acompanhado na prática por medidas eficientes a fim de que se estabeleça a efetiva proteção dos portadores de transtornos mentais.

---

[70] BRITTO, Renata Corrêa. Op. Cit. p. 78

[71] Idem Ibidem.

[72] Associação Nacional de Psiquiatria. Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil. Disponível em: <http:// http://www.abp.org.br> Acesso em: 13 de jul. 2013

Sancionada a Lei nº 10.216/01, o desafio passa a ser a efetivação de seus ditames, notadamente as ações que constituem as políticas de saúde mental, a fim de que se possa minimizar a vulneração dos portadores de transtornos mentais.

O atendimento eficiente e eficaz nos Centros de Atenção Psicossocial, o acesso a medicação, bem assim terapias alternativas, entre outras medidas, são fundamentais para a promoção do amparo a estas pessoas fora do ambiente hospitalar.

O instrumento legal relativo ao reconhecimento da vulneração dos portadores de doença mental e a sua proteção já existe, todavia a proteção e amparo destas pessoas fora dos manicômios necessita da constante (re)afirmação e efetivação das políticas previstas no diploma legal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito à correlação entre a Lei nº 10.216/2001 e os preceitos da Bioética da Proteção há que se destacar, por relevante, que as diretrizes desta corrente não se esgotam no reconhecimento legal da vulneração das pessoas com transtorno mental, nem na previsão neste diploma de medidas que visem protegê-las.

Na verdade, além deste ponto, que constitui aspecto relevante, há que se destacar a efetividade dos ditames estabelecidos pela Lei de Reforma Psiquiátrica, o que também constitui uma vertente da proteção aos vulnerados, que, neste caso, são as pessoas com transtorno mental usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS. Assim, o funcionamento eficiente e eficaz dos serviços propostos nas políticas de saúde mental também fazem parte da linha adotada pela Bioética da Proteção.

Ainda com a existência da legislação que busca garantir os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais, há que se destacar que a vulneração destas pessoas continua a existir, seja pela estigmatização da doença psíquica ou pelo preconceito que ainda paira na sociedade.

Nos últimos anos, em cumprimento às diretrizes fixadas pela Lei nº 10.216/2001, os portadores de transtornos mentais passaram a ter uma nova forma de assistência com a redução dos leitos psiquiátricos e o estabelecimento do atendimento nos denominados Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Desde então as discussões relacionadas à Reforma Psiquiátrica limitam-se a questionar ou reafirmar a necessidade de saída dos doentes mentais das instituições psiquiátricas ou versam acerca da autonomia destes em relação às terapias recomendadas.

Neste sentido, concebe-se que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica no que diz respeito à proteção e tratamento dos doentes mentais não se esgotam com a retirada destes das instituições psiquiátricas. Na verdade, a desinstitucionalização coloca estas pessoas em confronto com as diversas outros fatores que podem incrementar a sua vulneração, as quais podem estar até mesmo nas suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O conceito de saúde mental**. Revista USP, São Paulo, n. 43, p. 100-125, setembro/novembro 1999.

_____. **O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: jul. de 2013.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira; et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia, 72 (1) jan./mar., 2009. Disponível em <http://www.neurobiologia.org> Acesso em: 13 de jul. de 2013.

ANDORNO, Roberto. "Liberdade" e "Dignidade" da Pessoa: Dois paradigmas opostos ou complementares na Bioética? In: In: MARTINS-COSTA, Judith; MÖLLER, Letícia Ludwig. **Bioética e Responsabilidade**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

Associação Nacional de Psiquiatria. **Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil.** Disponível em: <http:// http://www.abp.org.br> Acesso em: 13 de jul. 2013

BELLINO, Francesco. **Fundamentos da Bioética**. Aspectos antropológicos, ontológicos e morais Tradução de Nelson Souza Canabarro. Bauru: EDUSC, 1997.

BRAZ, Marlene; SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética e pesquisa em saúde mental**. Disponível em: <http://www.scielo.br>.Acesso em: 13 de jul. de 2013.

BRITTO, Renata Corrêa. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.2016/01 Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública). Fundação Osvaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública.

CASTEL, Roberto. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1978.

COSTA, Jurandir Costa. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humano <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso: 12 jan. 2013

DELGADO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. **Para Fundamentar a Bioética**. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: 2003.

FILHO SANTORO, Antonio Carlos. **Direito e Saúde Mental**. 1ª ed. São Paulo: VErlu Editora, 2012. p. 50.

FOUCAULT, Michel**. História da Loucura**. Na Idade clássica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva. 9 ed. 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. 17ª ed. São Paulo: Editora Forense, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. Daniel Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva , 8 ed. 2008

KOTTOW, Miguel. Bioética de Proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: SCHRAMM, Fermin Roland, REGO, Sérgio, BRAZ, Marlene (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora FIOCRUZ, 2005.

MAURER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana. ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. In: SARLET, Ingo Wolfgang (org.). **Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2005.

MEDEIROS, Soraya de; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e doença mental no Brasil: contribuição ao debate. In: **Ciência e saúde coletiva**. São Paulo: 7(3) 571-579,2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01 jun. 2013.

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Saúde Mental no SUS**. Os Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: < http://www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 13 jun. de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados**. Disponível em:<htptt:\\www.portal.saude.gov.br> Acesso em 13 jul. 2013.

OLIVEIRA, Patrícia Fonseca de; MELO JUNIOR, Walter. **Arte e Saúde Mental**: mapeamento e análise de trabalhos na Região Sudeste. Disponível em:< http://www.abrapso.org.br>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SAGRE, MARCO; FERRAZ, Flávio Carvalho. **O conceito de saúde**. Revista Saúde Pública, 31 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 12 jun. de 2013.

SANTORO FILHO, Antonio Carlos. **Direito e Saúde Mental**. 1ª ed. São Paulo: Verlu Editora, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. As Dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: **Dimensões da Dignidade.**

Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora Ltda. 2005.

SCHRAMM Fermin Roland; BRAZ, Marlene. **Bioética e pesquisa em saúde mental**. Disponível em: <http://www.scielo.br>.Acesso em: 18 jan 2013.

SCHRAMM, Fermin Roland. **A Bioética da Proteção pode ser uma ferramenta válida para resolver os problemas morais dos países em desenvolvimento na era da globalização?.** Revista do Programa de Pós-Graduação. Universidade Federal da Bahia. nº 16, Ano 2008.1.

_____. **A bioética de proteção é pertinente legítima?.**Revista Bioética. Vol. 19, Nº 3 (2011). Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br>.Acesso em: 25 jul. de 2013.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O Sistema Único e suas diretrizes constitucionais**. 1ª ed. São Paulo: Editora Verbatim, 2009.

SIQUEIRA, José Eduardo; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Linhas Temáticas da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri; SIQUEIRA, José Eduardo de (Org.). **Bioética no Brasil: Tendências e Perspectiva**. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma Psiquiátrica Brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro: Vozes. 2007.