



Vadinho

Para Defensoria Pública Estadual

Lei Antimanicomial
(Lei nº 10.216/2001)

#ATÉAPOSSE
#TÔDENTRO
#EUSOURDP



LEI Nº 10.216/2001 – LEI ANTIMANICOMIAL

A LUTA ANTIMANICOMIAL

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial se iniciou na década de 1970, a partir da discussão acerca das características da assistência psiquiátrica oferecida nos manicômios às pessoas com transtorno mental no Brasil. Importante ressaltar que, naquele momento, diversos setores da sociedade brasileira se mobilizavam em torno da redemocratização do país.¹

A estrutura manicomial se apresenta como desumana e ineficiente por seus resultados desastrosos, constituindo-se um lugar de sofrimento e dor, onde os pacientes, sem direito à defesa, são submetidos a maus tratos, privação de sua liberdade, de seu direito à cidadania e à participação social².

Para *Goffman*, as instituições totais de nossa sociedade podem ser, grosso modo, enumeradas em alguns agrupamentos. Há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas (ex: nesse caso estão as casas para cegos, idosos, órfãos e indigentes).

Ludmila estabelece que “Isso ocorreu a partir do golpe militar de 1964, quando a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. No campo da assistência psiquiátrica, fomentou-se o surgimento das “clínicas de repouso”, denominação dada aos hospitais psiquiátricos de então, além de métodos de busca e internamento de pessoas. Dessa forma, alguns segmentos da sociedade passaram a se manifestar sobre os efeitos nocivos das práticas manicomiais”.

Os integrantes do Movimento Antimanicomial se mobilizaram durante anos, até que em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, instituindo diretrizes sobre saúde mental e proibindo diversas práticas.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos

econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em **saúde mental**, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. **São direitos** da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao **melhor tratamento do sistema de saúde**, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, **a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental**, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

¹ Artigo: “O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos” de autoria de Ludmila Correia, disponível em: https://www.researchgate.net/publication/28156050_O_movimento_antimanicomial_movimento_social_de_luta_pela_garantia_e_defesa_dos_direitos_humanos. Acesso em 25 de setembro de 2020.

² GOFFMAN, Ervin. Manicômios, prisões e conventos. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.



IMPORTANTE

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

CASO DAMIÃO XIMENES LOPES – CORTE IDH

Não há como falar sobre saúde mental e não mencionar o primeiro caso envolvendo violações de direitos humanos de pessoa com deficiência mental: o Caso Ximenes Lopes vs Brasil. Esse caso, além de ser o primeiro envolvendo violações de direitos humanos de pessoa com deficiência mental, também foi a primeira condenação sofrida pelo Brasil na Corte IDH.

Em resumo, Damião Ximenes Lopes, que à época dos fatos possuía 30 anos, desenvolveu uma deficiência mental. Narram Caio Paiva e Thimotie Aragon (2020, p. 366/367) que “Damião Ximenes foi admitido em uma clínica particular chamado “Casa de Repouso Guararapes”, em Sobral-CE, como paciente do SUS, estando em perfeito estado físico, sem sinais de agressividade. Contudo, após dois dias teve uma crise de agressividade, tendo que ser retirado do banho por um auxiliar de enfermagem e por outros pacientes. Na noite do mesmo dia, Ximenes Lopes teve outro episódio de agressividade e voltou a ser contido. No dia seguinte sua mãe foi visitá-lo, e encontrou sangrando, sujo, com hematomas, com as mãos amarradas para trás, gritando e pedindo socorro. Damião faleceu no mesmo dia, sem qualquer assistência médica no momento de sua morte”.

Em 2006, o Brasil foi responsabilizado pela violação do direito à vida e à integridade pessoal de Ximenes Lopes (CADH, arts. 4.1, 5.1 e 5.2); direito à integridade pessoal dos familiares, inclusive pela ausência do estado brasileiro em investigar e punir os responsáveis pelos maus-tratos e óbito da vítima.

Também foi nesse caso que a Corte IDH declarou a responsabilidade do Estado por atos cometidos por particulares (no caso, uma clínica particular).

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de **internação** será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

IMPORTANTE

§ 3º É **vedada** a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com **CARACTERÍSTICAS ASILARES**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

INSTITUIÇÕES TOTAIS SEGUNDO GOFFMAN

Segundo Goffman (1987)³, as instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral, como é o caso dos Manicômios, prisões e conventos. Nós, pessoas livres, trabalhamos, em regra, em lugares que não as nossas casas, estudamos em outro (escola, faculdade, cursinhos, etc), nos divertimos em outro (praia, barzinhos, praças, etc), e fazemos nossas refeições por vezes em restaurantes, hotéis, etc. Nas instituições totais tudo acontece em um único lugar: prisão, convento ou manicômio.

Art. 5º O paciente **há longo tempo hospitalizado** ou para o qual se caracterize situação de grave **dependência institucional**, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A **internação psiquiátrica** somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - **internação voluntária**: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - **internação involuntária**: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - **internação compulsória**: aquela determinada pela Justiça.

³ Goffman, E. (1987). Manicômios, prisões e conventos. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva.



INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	
Internação voluntária	Aquela que se dá <u>com</u> o consentimento do usuário;
Internação involuntária	Aquela que se dá <u>sem</u> o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
Internação compulsória	Aquela <u>determinada</u> pela Justiça.

Art. 7º 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.

IMPORTANTE

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

IMPORTANTE

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de **72 horas**, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O **término da internação INVOLUNTÁRIA** dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

IMPORTANTE

Art. 9º A **INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA** é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, **NO PRAZO MÁXIMO DE 24 HORAS DA DATA DA OCORRÊNCIA.**

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o

consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.