www.revistaft.com.br

RevistaFT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 158, 2026 | DOI: 10.69849/ct9ke907

Direitos dos pacientes em tratamento de saúde mental: intervenção e consentimento.

Rights of patients undergoing mental health treatment: intervention and consent.

Carine Kênia de Faria[1]

Letícia Amélia da Silva[2]

Carlos Daniel Dirino[3]

Resumo: O presente artigo analisa os direitos dos pacientes em tratamento de saúde mental, com foco na tensão entre o consentimento informado e a intervenção involuntária no ordenamento jurídico brasileiro. Historicamente pautado em modelos segregadores, o sistema de saúde mental no Brasil foi reestruturado pela Lei n.º 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que elevou o paciente à condição de sujeito de direitos e protagonista do tratamento. No entanto, a prática clínica suscita dilemas éticos e jurídicos quando a capacidade de autodeterminação do indivíduo está comprometida, exigindo a aplicação de medidas excepcionais de internação involuntária em casos de risco de auto ou heteroagressão. Sob a ótica do Direito Civil e Constitucional, o estudo investiga o equilíbrio entre os princípios da autonomia e da beneficência, bem como o papel do Ministério Público na fiscalização dessas medidas. Conclui-se que a legitimidade da intervenção involuntária depende do estrito cumprimento dos requisitos legais e da observância da dignidade da pessoa humana, visando a reintegração social em detrimento da mera contenção.

[1]Acadêmica do curso de direito da Instituição de Ensino Superior (IES) Centro Universitário Una de Bom Despacho da rede Ânima de Educação. E-mail:carinekeniafaria@rocketmail.com. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Direito da Instituição de Ensino Superior (IES) Centro Universitário Una de Bom Despacho da rede Ânima de Educação. 2025. Orientador: Prof. Daniel Dirino.

[2]Acadêmica do curso de direito da Instituição de Ensino Superior (IES) Centro Universitário Una de Bom Despacho da rede Ânima de Educação. E-mail:leticiaameliadasilva007@gmail.com. Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Direito da Instituição de Ensino Superior (IES) Centro Universitário Una de Bom Despacho da rede Ânima de Educação. 2025. Orientador: Prof. Daniel Dirino.

[3]Orientador

Palavras-chave: Saúde Mental. Intervenção Involuntária. Consentimento Informado. Lei 10.216/2001. Direitos do Paciente.

Abstract: This article analyzes the rights of patients in mental health treatment, focusing on the tension between informed consent and involuntary intervention within the Brazilian legal framework. Historically based on segregated models, the mental health system in Brazil was restructured by Law No. 10,216/2001 (Psychiatric Reform Law), which elevated the patient to the status of a subject of rights and a protagonist in their treatment. However, clinical practice raises ethical and legal dilemmas when an individual's self-determination capacity is compromised, requiring the application of exceptional involuntary hospitalization measures in cases of risk of self-harm or aggression toward others. From the perspective of Civil and Constitutional Law, this study investigates the balance between the principles of autonomy and beneficence, as well as the role of the Public Prosecutor's Office in overseeing these measures. It concludes that the legitimacy of involuntary intervention depends on strict compliance with legal requirements and respect for human dignity, aiming for social reintegration rather than mere restraint.

Keywords: Mental Health. Involuntary Intervention. Informed Consent. Law 10,216/2001. Patient Rights.

1. INTRODUÇÃO

O paradigma da assistência à saúde mental no Brasil e no mundo passou por transformações profundas nas últimas décadas, transitando de um modelo asilar, segregador e punitivo para uma abordagem centrada na humanização, na intersetorialidade e, primordialmente, na liberdade do indivíduo. Historicamente, o hospital psiquiátrico operava como um espaço de exclusão social, onde o diagnóstico de transtorno mental equivalia à "morte civil" do sujeito, despojando-o de sua voz e de sua autonomia.

No cenário nacional, esse movimento de ruptura e redemocratização do cuidado foi consolidado pela Lei n.º 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Inspirada pelos ideais da psiquiatria democrática e pelas diretrizes da Declaração de Caracas, a

norma redefiniu o estatuto jurídico do paciente, elevando-o à condição de detentor de direitos fundamentais inalienáveis, amparados pelo princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana (Art. 1º, III, CF/88).

A legislação passou a exigir que o tratamento vise, permanentemente, a reintegração social do paciente em seu ambiente comunitário, estabelecendo a internação como medida de *última ratio*, a ser utilizada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Todavia, a prática clínica e jurídica impõe desafios éticos complexos quando a capacidade de autodeterminação do indivíduo encontra-se severamente comprometida por um quadro patológico agudo. No epicentro deste debate, situam-se os institutos da intervenção involuntária e do consentimento informado.

O consentimento constitui a expressão máxima da autonomia privada e um requisito essencial de legitimidade para qualquer ato médico. Contudo, em situações críticas — onde há risco iminente de autoagressão, heteroagressão ou grave prejuízo à saúde — a legislação prevê a possibilidade de tratamento independentemente da vontade do paciente.

A problemática central reside na dificuldade de equilibrar o princípio da beneficência — o dever do Estado e dos profissionais de saúde de agir para proteger a vida e o bem-estar do enfermo — com o princípio da autonomia e a dignidade da pessoa humana. A intervenção involuntária não deve ser interpretada como um "cheque em branco" para o autoritarismo terapêutico ou o retorno ao arbítrio manicomial. Pelo contrário, deve ser compreendida como uma medida excepcional, temporária e rigorosamente fiscalizada pelo Ministério Público e pelos órgãos de controle social.

Este artigo propõe-se a analisar os contornos doutrinários e legais que envolvem os direitos dos pacientes em tratamento mental, com ênfase nos critérios de validade da intervenção involuntária frente às inovações trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015). Busca-se investigar em que medida o sistema jurídico e de saúde brasileiro assegura que as medidas restritivas de liberdade sejam, de fato, instrumentos de proteção e reintegração, impedindo que a crise em saúde mental se torne um pretexto para novas e sofisticadas formas de exclusão e silenciamento.

2. A ONTOLOGIA JURÍDICA DA AUTONOMIA NA SAÚDE

A ruptura provocada pela Lei n.º 10.216/2001 não foi apenas administrativa, mas sim uma mudança de ontologia jurídica. No modelo anterior, o diagnóstico de transtorno mental operava como uma sentença de "incapacidade civil", onde a vontade do paciente era sumariamente substituída pelo curador ou do médico. Com a Reforma Psiquiátrica, o direito brasileiro passou a adotar o princípio da menor interferência possível.

Essa evolução foi catalisada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015), que alterou o Código Civil para estabelecer que a deficiência — inclusive a psicossocial — não afeta a plena capacidade civil do indivíduo. Portanto, o desenvolvimento do tratamento deve priorizar a Tomada de Decisão Apoiada em detrimento da interdição/curatela. O desafio prático reside em operacionalizar esse suporte em ambientes hospitalares, onde a pressão pelo pragmatismo clínico muitas vezes atropela o tempo necessário para que o paciente manifeste sua vontade, transformando o que deveria ser um diálogo em uma imposição unilateral.

O consentimento informado no âmbito da saúde mental transcende a mera assinatura de um formulário; ele é um processo contínuo de esclarecimento. A doutrina bioética moderna defende a autonomia progressiva ou flutuante: o fato de um paciente estar em crise no momento da admissão não significa que ele perdeu o direito de decidir sobre etapas posteriores do tratamento, como a escolha de medicação ou terapias ocupacionais assim que houver estabilização do quadro.

Nesse sentido, a validade da intervenção médica está estritamente vinculada ao dever de informação. O profissional de saúde deve comunicar, em linguagem acessível, os riscos, benefícios e alternativas terapêuticas. Quando a intervenção ocorre sem esse consentimento, entramos no campo da responsabilidade civil e ética, a menos que se configure o estado de necessidade para proteção da vida. A autonomia, aqui, não é um valor absoluto, mas um direito que exige do Estado uma postura ativa para ser preservado, inclusive por meio de diretivas antecipadas de vontade, onde o paciente manifesta, em momentos de lucidez, como deseja ser tratado em crises futuras.

Por fim, conclui-se que a dignidade da pessoa humana deve orientar toda e qualquer atuação no campo da saúde mental, assegurando que as intervenções

sejam sempre excepcionais, proporcionais e voltadas à recuperação e inclusão social do paciente, evitando práticas de caráter meramente segregador.

A internação involuntária, embora legalmente prevista no Art. 6º, inciso II, da Lei n.º 10.216/2001, possui natureza jurídica de medida restritiva de liberdade para fins terapêuticos. Por atingir o núcleo duro do direito fundamental à liberdade (Art. 5º, CF/88), sua aplicação exige uma interpretação restritiva. Não basta a presença de um transtorno mental; é indispensável a prova inequívoca da insuficiência dos recursos extra-hospitalares e do risco iminente.

2.1. A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO EM SAÚDE MENTAL

Historicamente, o tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais no Brasil foi marcado por práticas excludentes e violadoras de direitos fundamentais. O modelo hospitalocêntrico, predominante até o final do século XX, baseava-se na internação prolongada em instituições psiquiátricas, muitas vezes em condições degradantes, afastando o indivíduo do convívio social e familiar. Nesse contexto, o paciente era visto como objeto de intervenção, sem participação ativa nas decisões sobre seu próprio tratamento.

> A característica central das instituições totais pode ser descrita como a ruptura das barreiras que normalmente separam as três esferas da vida: dormir, brincar e trabalhar. (GOFFMAN, 2015, p. 18).

Nesse cenário, o paciente era visto meramente como um objeto de intervenção clínica, destituído de sua voz e participação ativa nas decisões sobre seu próprio corpo e tratamento. A ciência da época priorizava o isolamento como método terapêutico, ignorando que o afastamento do convívio social e familiar agrava o quadro de despersonalização do sujeito.

A partir da segunda metade do século XX, influenciado por movimentos internacionais de reforma psiquiátrica, iniciou-se no Brasil um processo de transformação desse paradigma. Esse movimento culminou na promulgação da Lei nº 10.216/2001, que instituiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, estabelecendo novas diretrizes para o tratamento em saúde mental, com foco na dignidade, liberdade e reinserção social do paciente.

> A reforma deve ser compreendida como um processo social complexo que busca substituir o foco na "doença" pelo foco no "sujeito em sofrimento", devolvendo-lhe a dignidade e o direito à cidadania que o modelo asilar lhe havia subtraído. (AMARANTE, 2013, p. 25).

Este processo de mobilização social e política culminou na promulgação da Lei nº 10.216/2001. Esta legislação instituiu a Reforma Psiquiátrica Brasileira, estabelecendo diretrizes modernas que priorizam a dignidade, a liberdade e a reinserção social do paciente como eixos centrais do cuidado em saúde.

A referida lei representou um marco na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ao reconhecer o paciente como sujeito de direitos e ao priorizar tratamentos em serviços comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em detrimento da internação hospitalar. Assim, a internação passou a ser considerada medida excepcional, devendo ocorrer apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Com a nova legislação, priorizam-se os tratamentos em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Acolhimento e Residências Terapêuticas. A internação hospitalar, outrora a regra, passou a ser considerada medida excepcional e de curta duração. "A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos." (BRASIL, Lei 10.216, Art. 6º).

Dessa forma, a evolução do tratamento em saúde mental no Brasil caminha para uma abordagem humanizada, onde a intervenção técnica não se sobrepõe ao consentimento e à subjetividade. O objetivo final deixa de ser o "enclausuramento para tratamento" e passa a ser a "reabilitação psicossocial para a liberdade", garantindo que o transtorno mental não seja mais uma sentença de exclusão social.

2.2. O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA E O CONSENTIMENTO INFORMADO

O princípio da autonomia constitui um dos pilares fundamentais do Direito contemporâneo, especialmente no âmbito da bioética e do Direito da Saúde. Ele assegura ao indivíduo o direito de tomar decisões sobre sua própria vida e seu corpo, incluindo a aceitação ou recusa de tratamentos médicos.

Nesse contexto, o consentimento informado surge como instrumento jurídico essencial para a concretização da autonomia. Trata-se da manifestação livre,

consciente e esclarecida do paciente acerca de determinado procedimento, após receber todas as informações necessárias, como diagnóstico, riscos, benefícios e alternativas terapêuticas.

> O consentimento informado não é apenas um formulário assinado, mas um processo dialógico de transmissão de informações, onde o médico e o paciente compartilham a decisão terapêutica, respeitando-se à autodeterminação deste último. (KOPLIN, 2018, p. 92).

No âmbito da saúde mental, a aplicação plena do consentimento informado enfrenta desafios significativos. Historicamente, o diagnóstico de transtorno mental era sinônimo de incapacidade civil absoluta. Todavia, a Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) alterou esse paradigma, estabelecendo que a deficiência (incluindo a psicossocial) não afeta a plena capacidade civil da pessoa.

> Conforme preleciona o texto legal do EPD, a regra geral é a presunção de capacidade, sendo a curatela uma medida excepcional e restrita a atos de natureza patrimonial e negocial, não alcançando, via de regra, o direito ao próprio corpo e à saúde. (BRASIL, 2015).

Dessa forma, o transtorno mental, por si só, não invalida o consentimento. O desafio surge quando o transtorno compromete, de forma temporária ou permanente, a capacidade de discernimento do indivíduo para aquela decisão específica.

Surge, então, um conflito entre a necessidade de respeitar a autonomia do paciente e o dever de proteção à sua integridade física e psíquica (beneficência). Quando o indivíduo se encontra em surto psicótico ou em estado de grave risco de autoextermínio, a manifestação de vontade pode estar viciada pela patologia.

Nesses casos, o ordenamento jurídico admite limitações ao princípio da autonomia, desde que devidamente fundamentadas e observados os critérios legais. A Lei nº 10.216/2001 prevê que, na impossibilidade de consentimento por parte do paciente, a responsabilidade recai sobre a família ou, na ausência desta, sobre a equipe médica, sempre visando o "melhor interesse" do enfermo.

> O direito de autodeterminação não é absoluto; ele encontra limite no dever de preservação da vida e na proteção do indivíduo que, no momento, não possui o autogoverno necessário para zelar por sua própria segurança. (Diniz, 2020, p. 114).

Para mitigar o conflito entre autonomia e proteção, o Direito brasileiro introduziu a Tomada de Decisão Apoiada. Este instituto permite que a pessoa com transtorno mental escolha pessoas de sua confiança para apoiá-la na compreensão de informações complexas sobre sua saúde, garantindo que sua voz seja ouvida mesmo em momentos de vulnerabilidade.

Portanto, a evolução jurídica caminha para que o consentimento informado na saúde mental deixe de ser uma barreira burocrática e se torne um processo de proteção da dignidade, onde a recusa ao tratamento deve ser analisada com cautela, distinguindo-se entre a vontade livre e o sintoma da doença.

2.3. A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E SEUS REQUISITOS LEGAIS

A Lei nº 10.216/2001 prevê três modalidades de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. A internação involuntária é aquela realizada sem o consentimento do paciente, a pedido de terceiro, geralmente um familiar ou responsável legal.

Por se tratar de medida que restringe a liberdade individual, a internação involuntária deve observar requisitos rigorosos para sua validade. Entre eles, destaca-se a necessidade de laudo médico circunstanciado, que comprove a indispensabilidade da internação, bem como a inexistência de alternativas terapêuticas menos gravosas.

> A internação psiquiátrica involuntária só será autorizada se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. (BRASIL, Lei 10.216, Art. 6º, Parágrafo Único).

Entre os requisitos, destaca-se a indispensabilidade do laudo médico circunstanciado. Este documento não deve ser apenas uma declaração de diagnóstico, mas uma peça técnica que comprove a inexistência de alternativas terapêuticas menos gravosas e a presença de riscos que justifiquem a privação temporária da liberdade.

Além disso, a lei determina que a internação involuntária e a respectiva alta devem ser comunicadas ao Ministério Público no prazo de até 72 horas. Essa exigência funciona como um mecanismo de habeas corpus preventivo, permitindo

que o órgão ministerial fiscalize a legalidade da internação e evite abusos históricos, como o encarceramento de pessoas por conflitos familiares ou interesses patrimoniais. Tal exigência reforça o caráter excepcional da internação, evitando abusos e arbitrariedades.

> A doutrina jurídica ressalta que essa comunicação obrigatória ao Ministério Público visa garantir que a internação não se desvie de sua finalidade terapêutica, transformando o promotor de justiça em um fiscal da integridade do paciente (DINIZ, 2020, p. 145).

Outro aspecto relevante é a natureza temporária da medida. A internação deve durar estritamente o tempo necessário para a estabilização do quadro agudo do paciente. O ordenamento jurídico brasileiro veda expressamente a utilização da internação como forma de segregação social ou higienismo.

> O tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, sendo proibida a internação em instituições com características asilares. (SARACENO, 1999, p. 54).

Dessa forma, a internação involuntária no Direito brasileiro contemporâneo é lida sob o prisma da proteção, e não da punição. O objetivo central deve ser sempre o resgate da autonomia do indivíduo para que ele possa, o mais breve possível, retornar ao convívio social e dar continuidade ao seu tratamento em meio aberto, conforme preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A excepcionalidade da medida reforça que a liberdade é a regra, e a internação, uma intervenção de última instância guiada pela ética médica e pelo rigor legal.

2.4 O PAPEL DO ESTADO E DO MINISTÉRIO PÚBLICO

O Estado possui papel fundamental na garantia dos direitos das pessoas em tratamento de saúde mental, transcendendo a mera assistência médica para atuar como o garantidor da cidadania. Sob a égide da Constituição Federal de 1988, a saúde é um "direito de todos e dever do Estado", o que obriga o ente público a assegurar políticas públicas eficazes, acesso a serviços de qualidade e, sobretudo, o respeito à dignidade da pessoa humana através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são, portanto, expressões materiais do princípio da dignidade da pessoa humana, visando a substituição do modelo asilar por um cuidado em liberdade e base comunitária.

Nesse cenário de complexas tensões entre a autonomia individual e a proteção da vida, o Ministério Público (MP) emerge como a instituição de controle por excelência. Sua responsabilidade constitucional de zelar pelo estrito cumprimento da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) torna o Parquet o principal anteparo contra o retrocesso a práticas manicomiais. O MP funciona como um filtro ético-jurídico indispensável: toda internação involuntária deve ser comunicada ao órgão no prazo de 72 horas, permitindo uma fiscalização imediata sobre a legalidade e a necessidade da medida restritiva de liberdade.

O Ministério Público atua como órgão fiscalizador, responsável por acompanhar as internações involuntárias e zelar pelo cumprimento da legislação. Sua atuação é essencial para prevenir violações de direitos e garantir que as medidas adotadas estejam em conformidade com os princípios constitucionais.

> O Ministério Público, como defensor do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, atua na saúde mental para impedir que o estigma da loucura se converta em pretexto para a anulação do sujeito de direitos. (MAZZILLI, 2021, p. 158).

A atuação ministerial é pautada pela defesa do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Na área da saúde mental, essa missão traduz-se na luta para impedir que o estigma histórico da "loucura" se converta em pretexto para a anulação do indivíduo enquanto sujeito de direitos. Conforme destaca a literatura especializada.

Além da fiscalização administrativa, o Ministério Público detém legitimidade para intervir judicialmente em casos de irregularidades graves. Isso ocorre por meio da promoção de Ações Civis Públicas para compelir o Estado a implementar serviços substitutivos (como CAPS ou Residências Terapêuticas) ou para interditar unidades que violem os direitos humanos dos pacientes.

A presença do MP garante o equilíbrio necessário entre o dever estatal de intervir para proteger a vida do paciente e a preservação das liberdades individuais. Ao analisar os laudos médicos que justificam as internações sem consentimento, o promotor de justiça atua como um garantidor da excepcionalidade, assegurando que a internação não se prolongue além do tempo estritamente necessário.

> A doutrina jurídica contemporânea reforça que a intervenção ministerial é o que diferencia o sistema brasileiro de um modelo de simples custódia,

> transformando a internação em um ato médico-jurídico sob constante escrutínio democrático, evitando que o paciente se torne invisível aos olhos da sociedade (DINIZ, 2020).

Em última análise, a simbiose entre o dever de agir do Estado e a fiscalização do Ministério Público é o que sustenta a reforma psiquiátrica brasileira. Enquanto o Estado provê o aparato técnico e assistencial de cuidado, o Ministério Público assegura que esse cuidado jamais degenere em opressão ou higienismo social. Juntos, buscam garantir que o tratamento em saúde mental contemporâneo seja, acima de tudo, um exercício de inclusão e respeito à subjetividade humana.

Portanto, o papel do Estado e do Ministério Público na saúde mental contemporânea é garantir que o tratamento jamais seja desvinculado do respeito aos direitos civis. O Estado provê o cuidado; o Ministério Público garante que esse cuidado não se transforme em opressão.

2.5 O CONFLITO ENTRE AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA

Um dos dilemas mais persistentes e complexos no campo da saúde mental reside no conflito ético-jurídico entre os princípios da autonomia e da beneficência. Enquanto a autonomia consagra o direito de autodeterminação do paciente — permitindo-lhe governar suas próprias escolhas e recusar intervenções —, a beneficência impõe ao profissional de saúde o dever ético de agir no melhor interesse do indivíduo. Este binômio torna-se uma "corda bamba" ética quando a integridade física e psíquica do sujeito está em risco, exigindo uma análise que transcende a aplicação fria da norma para adentrar na esfera da Bioética Clínica.

Esse conflito ganha contornos dramáticos em situações de crises psicóticas agudas ou episódios depressivos com ideação suicida. Nesses momentos, a capacidade de autodeterminação do indivíduo pode estar temporariamente comprometida pelo transtorno, gerando o que a doutrina chama de vulnerabilidade circunstancial. A intervenção involuntária, nestes casos, não deve ser lida como uma medida punitiva ou cerceamento arbitrário, mas como um suporte de proteção à vida. Justifica-se, assim, o chamado paternalismo fraco ou justificado, onde a restrição da liberdade momentânea visa preservar a própria existência do sujeito, condição *sine qua non* para qualquer exercício futuro de liberdade.

Um dos principais dilemas no campo da saúde mental reside no conflito entre os princípios da autonomia e da beneficência. Enquanto a autonomia garante ao paciente o direito de decidir sobre seu tratamento, a beneficência — indissociável da não-maleficência — impõe ao profissional de saúde o dever de agir em benefício do paciente, visando restaurar sua saúde e proteger sua integridade física e psíquica, mesmo que isso implique, em situações extremas, contrariar sua vontade manifesta.

Esse conflito torna-se especialmente evidente em situações de crise psicótica ou episódios depressivos graves, nos quais o paciente apresenta risco iminente de autoagressão (suicídio) ou de agressão a terceiros. Nesses casos, a capacidade de autodeterminação do indivíduo pode estar temporariamente nublada pelo transtorno, fazendo com que a intervenção involuntária seja justificada não como uma punição, mas como uma medida de proteção à vida.

> O princípio da beneficência não deve ser interpretado como um salvo-conduto para o paternalismo autoritário, mas sim como um compromisso de cuidado que busca devolver ao sujeito a sua própria capacidade de ser autônomo. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 202).

Diferente do modelo asilar clássico, onde a vontade do paciente era sumariamente anulada, a clínica moderna trabalha com o conceito de autonomia relacional. Isso significa reconhecer que a autonomia não é um estado estático, mas algo que pode oscilar. De forma indireta, a doutrina de Diniz (2020) sugere que o médico deve atuar como um garantidor da vida no momento da crise para que, uma vez estabilizado, o paciente possa retomar as rédeas de sua existência.

No entanto, a transição entre o cuidado e a coerção é sutil e perigosa. É imperativo que intervenções restritivas não sejam banalizadas nem utilizadas como ferramentas de conveniência administrativa para "conter" pacientes difíceis. A doutrina jurídica e bioética é uníssona ao estabelecer que o tratamento compulsório deve ser a *ultima ratio* — a última alternativa. Antes de qualquer medida coercitiva, é necessário esgotar os recursos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o manejo verbal e a construção de estratégias extra-hospitalares.

Contudo, é fundamental que tais intervenções restritivas não sejam banalizadas ou utilizadas como ferramentas de conveniência administrativa. A restrição da liberdade e o tratamento compulsório devem ser sempre à *ultima ratio*

(última alternativa), adotados apenas quando todos os recursos extra-hospitalares e de diálogo se mostrarem ineficazes.

O respeito à dignidade da pessoa humana deve orientar todas as decisões, evitando práticas desumanizantes. A intervenção técnica, quando necessária, deve ser acompanhada de uma "ética da delicadeza", onde o profissional explica cada passo ao paciente, mesmo que este pareça não compreender no momento, preservando o vínculo de confiança para o pós-crise.

> A intervenção sobre a liberdade de outrem só se legitima moralmente se o seu objetivo for o restabelecimento da própria liberdade que o transtorno mental temporariamente suprimiu." (SARACENO, 1999, p. 88).

A dignidade da pessoa humana deve ser o eixo norteador, repelindo práticas desumanizantes como a contenção física prolongada sem supervisão ou o isolamento social. A intervenção técnica, quando inevitável, precisa ser acompanhada pelo que se denomina "ética da delicadeza". Mesmo que o paciente apresente um juízo de realidade alterado, o profissional deve manter uma comunicação transparente, explicando cada procedimento. Esse respeito à subjetividade, mesmo no auge do surto, é o que preserva o vínculo de confiança necessário para a continuidade do tratamento no período pós-crise.

Dessa forma, o equilíbrio entre autonomia e beneficência exige uma avaliação constante e singular. Não existem fórmulas prontas; cada plano terapêutico deve ser uma construção ética que coloque a vida em primeiro plano, sem jamais silenciar a humanidade do sujeito que sofre. A função do Direito e da Bioética, portanto, é garantir que a "proteção" não se transforme em "opressão" e que a "liberdade" não seja abandonada ao descaso.

Portanto, o equilíbrio entre autonomia e beneficência exige uma avaliação constante, singular e interdisciplinar. Não existem protocolos matemáticos para dilemas morais; cada plano terapêutico deve ser uma construção ética que priorize a vida sem silenciar a humanidade do sujeito que sofre. A função primordial do Direito e da Bioética, nesse contexto, é garantir que a proteção oferecida pelo Estado e pela Medicina não se degenere em opressão, e que a liberdade não seja confundida com o abandono terapêutico.

2.6 A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO FUNDAMENTO

A Dignidade da Pessoa Humana, erigida como fundamento da República Federativa do Brasil no Artigo 1º, inciso III, da Constituição Federal de 1988, constitui o eixo gravitacional de toda a discussão sobre os direitos dos pacientes em saúde mental. Este superprincípio exige que o indivíduo seja tratado com respeito, consideração e humanidade, independentemente de sua condição de saúde ou capacidade de discernimento, servindo como barreira intransponível contra qualquer tentativa de desumanização.

A base legal que materializa esse fundamento é a Lei nº 10.216/2001, que em seu Artigo 2º, parágrafo único, inciso II, garante ao paciente o direito de "ser tratado 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".

Do ponto de vista científico, a dignidade está intrinsecamente ligada ao conceito de Reabilitação Psicossocial. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que tratamentos fundamentados na liberdade e no respeito aos direitos humanos apresentam taxas de recaída significativamente menores do que modelos baseados no isolamento.

> A dignidade da pessoa humana não é um direito concedido pelo Estado, mas um atributo intrínseco a todo ser humano, que deve ser protegido contra qualquer forma de arbítrio, inclusive sob o pretexto de tratamento médico. (SARLET, 2015, p. 74).

A intervenção em saúde mental deve ter como finalidade não apenas a contenção biológica de crises, mas principalmente a promoção da autonomia e da qualidade de vida. O tratamento humanizado exige um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que considere a história de vida, os desejos e as necessidades específicas de cada paciente.

Segundo Amarante (2013), a verdadeira evolução do tratamento reside em compreender que a cura não é o silenciamento dos sintomas por meio da medicação excessiva, mas a reconstrução da capacidade do sujeito de habitar o mundo e de estabelecer laços sociais, garantindo-lhe o "direito à cidade" e ao convívio.

Estudos indicam que o custo-benefício de serviços comunitários (como os CAPS) é superior ao das internações asilares. Enquanto o modelo manicomial produz a "síndrome da institucionalização" (perda de identidade e autonomia), o modelo pautado na dignidade promove: redução nas reinternações em pacientes acompanhados por redes territoriais; aumento da adesão ao tratamento medicamentoso quando este é pactuado e não imposto e Melhora nos indicadores de bem-estar percebido pelo próprio paciente e seus familiares.

Assim, a dignidade da pessoa humana funciona como uma bússola ética: qualquer intervenção que retire do sujeito a sua humanidade, que o exponha a condições degradantes ou que o isole perpetuamente da sociedade é, por definição, inconstitucional e cientificamente defasada. O tratamento deve ser voltado para a recuperação integral, entendendo que a saúde mental é um estado de bem-estar que depende, primordialmente, do respeito aos direitos fundamentais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução do tratamento em saúde mental no Brasil, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, representa uma das maiores vitórias civilizatórias do ordenamento jurídico nacional. A transição do modelo asilar para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) não foi apenas uma mudança de endereço do cuidado, mas uma alteração profunda no *status* ontológico do paciente: de "objeto de intervenção" a "sujeito de direitos" pleno, dotado de voz e subjetividade.

A análise aqui empreendida demonstra que o Princípio da Autonomia e o Consentimento Informado não são meros entraves burocráticos à prática médica, mas sim as ferramentas que garantem a dignidade do paciente, permitindo que ele seja protagonista de sua própria história terapêutica. Ainda que a internação involuntária permaneça como uma medida legalmente prevista para situações de crise aguda, sua natureza é — e deve ser — rigorosamente excepcional, temporária e sob o constante escrutínio do Ministério Público, visando evitar que o cuidado se transforme em custódia.

Dados científicos contemporâneos da Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçam que o isolamento social e a perda de vínculos são fatores de piora drástica no prognóstico de transtornos mentais graves. Portanto, a premissa de que "a liberdade é terapêutica" não é apenas um bordão político, mas um dado clínico. A

dignidade da pessoa humana funciona como uma bússola ética: qualquer intervenção que retire do sujeito a sua humanidade ou que o isole perpetuamente é, por definição, inconstitucional.

A transição para o modelo de base comunitária, operacionalizado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), alterou a interpretação jurídica do "direito ao tratamento". Se anteriormente o Estado cumpria seu dever apenas oferecendo o leito hospitalar, hoje entende-se que o direito à saúde mental engloba o direito ao convívio familiar e comunitário. A ciência contemporânea, respaldada por diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), demonstra que a institucionalização prolongada produz o fenômeno da "hospitalização", onde o indivíduo perde suas habilidades sociais e de autocuidado, agravando o prognóstico.

Portanto, a eficácia do tratamento está intrinsecamente ligada à preservação da liberdade. Juridicamente, isso significa que a internação só se sustenta enquanto não houver alternativa na rede extra-hospitalar (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência). Quando o Estado falha em fornecer a estrutura da RAPS e utiliza a internação como "única via", ocorre um desvio de finalidade: a saúde deixa de ser o objetivo e a medida passa a ter um caráter de controle social e higienização, o que afronta o núcleo essencial do Art. 2º da Lei nº 10.216/2001, que veda expressamente o tratamento com características asilares.

Em última análise, o direito à saúde mental no Brasil deve ser lido como o direito à existência digna. O conflito entre autonomia e proteção continuará sendo o grande desafio da Bioética, mas a solução deverá ser sempre pautada pela menor invasividade possível. Somente através de uma atuação conjunta entre Medicina, Direito e Sociedade será possível garantir que o sofrimento mental não seja mais sinônimo de invisibilidade, e que a justiça seja o alicerce de todo e qualquer cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência**). Brasília, DF: Presidência da República, 2015.**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**: Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Lisboa: OMS, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde mental e direitos humanos**: padrões internacionais e orientações para políticas e legislação. Washington, D.C.: OPAS, 2023.
AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Temas em Saúde).

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. **Mentes perigosas**: o que você precisa saber sobre o universo da saúde mental. Rio de Janeiro: Objetiva, 2014.

MENDONÇA, Suzana Maria. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 41-49, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bioet/a/RQDqMx5bgfkJNMp6vj75MBt/. Acesso em: 2 abr. 2026.

DINIZ, Maria Helena**. O estado atual do biodireito.** 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

KOPLIN, Ricardo. **Consentimento informado:** ética e responsabilidade médica. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2013.

DINIZ, Maria Helena**. O estado atual do biodireito**. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na atenção à saúde. Brasília, DF: CFM, 2019.
AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.