

Responsabilidade civil do médico e dos hospitais pela internação psiquiátrica involuntária prolongada

Joyceane Bezerra de MENEZES*

Vitor ALMEIDA**

RESUMO: O consentimento informado é fundamental para respeitarem-se os direitos do paciente psiquiátrico. Trata-se de um direito expressamente previsto na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, sendo vedada a internação forçada. Até mesmo o paciente submetido à curatela deve participar, na medida de suas condições, sobre as decisões pertinentes ao seu tratamento. Uma internação psiquiátrica involuntária prolongada que desatende aos perfis estrutural e finalístico talhados na lei viola os direitos à autonomia, à integridade, à saúde e à liberdade da pessoa que foi a ela submetida. A responsabilidade civil do médico pela internação psiquiátrica involuntária emerge da culpa assim caracterizada pela dissonância entre a atuação profissional e as normas legais e deontológicas.

PALAVRAS-CHAVE: Internação psiquiátrica; responsabilidade civil; responsabilidade médica.

SUMÁRIO: 1. Introdução; – 2. O modelo de assistência à saúde mental no Brasil e os direitos do paciente psiquiátrico; – 3. A excepcionalidade da Internação Psiquiátrica Involuntária – IPI: perfil estrutural e funcional; – 4. Responsabilidade civil do médico e do hospital psiquiátrico; – 5. Conclusão; – Referências.

TITLE: *Civil Liability of Medical Doctors and Hospitals for Prolonged Involuntary Psychiatric Hospitalization*

ABSTRACT: *Informed consent is essential to respect the rights of psychiatric patients. This is a right expressly provided for in the Brazilian Law on the Inclusion of Persons with Disabilities, and forced hospitalization is prohibited. Even the patient submitted to guardianship must participate, as far as their conditions are concerned, in the decisions relevant to their treatment. A prolonged involuntary psychiatric hospitalization that does not meet the structural and final profiles established by law violates the rights to autonomy, integrity, health and freedom of the person subjected to it. The doctor's civil liability for involuntary psychiatric hospitalization arises from the guilt characterized by the dissonance between professional performance and legal and ethical standards.*

KEYWORDS: *Psychiatric hospitalization; civil liability; medical liability.*

CONTENTS: 1. Introduction; – 2. The mental health care model in Brazil and the rights of psychiatric patients; – 3. The exceptionality of Involuntary Psychiatric Admission – IPI: structural and functional profile; – 4. Civil liability of the doctor and the psychiatric hospital; – 5. Conclusion; – References.

* Doutora em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Direito pela Universidade Federal do Ceará. Pós-doutorado em Direito e Novas Tecnologias pela Universidade Reggio Calabria (Itália). Professora titular da Universidade de Fortaleza, vinculada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito (Mestrado/Doutorado), responsável pelas Disciplinas de *Tutela da Pessoa na Sociedade das Incertezas e Direito dos Danos na Sociedade de Riscos*. Professora Titular da Universidade Federal do Ceará. Coordenadora do Grupo de Pesquisa CNPQ: *Direito Civil a Legalidade Constitucional*. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: joyceane@unifor.br.

** Doutor e Mestre em Direito Civil pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Adjunto do Departamento de Direito Civil da UERJ. Professor Agregado do Departamento de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Coordenador Adjunto do Instituto de Direito da PUC-Rio. Coordenador Assistente do Mestrado Profissional em Direito Civil Contemporâneo e Prática Jurídica da PUC-Rio. Associado do Instituto Brasileiro de Direito Civil e do Instituto Brasileiro de Estudos em Responsabilidade Civil. Advogado.

1. Introdução

Mulher de 61 anos, divorciada, médica, aposentada por tempo de contribuição, diagnosticada com transtorno bipolar há cerca de 20 anos, foi internada involuntariamente pelo filho maior e capaz em hospital psiquiátrico, no mês de julho de 2022, sob justificativa de que estaria em surto. No hospital, seu prontuário não informava o plano terapêutico ou qualquer referência à atenção multiprofissional, enquanto a prescrição médica correspondia à medicação oral que a paciente já utilizava em casa. Quando ela própria solicitou a sua alta ao médico responsável, este respondeu que apesar da sua estabilidade, a liberação dependeria da autorização do familiar que a internou. Após 7 (sete) meses de internação autorizada pelo plano de saúde do qual era usuária, foi liberada por decisão em *habeas corpus*, interposto por advogada com a qual conseguiu contatar, usando um telefone móvel emprestado.

Essa internação não era um caso isolado. Procedimento administrativo instaurado pelo Ministério Público do Estado do Ceará compilou dados assustadores.¹ Havia 108 (cento e oito) internações involuntárias prolongadas por mais de 01 (um) ano naquele hospital, custeadas pelo plano de saúde utilizado pela paciente mencionada. Após auditoria específica, o nosocômio foi descredenciado do citado plano, com a vênua da Agência Nacional de Saúde – ANS.

O caso paradigma inspira o presente artigo que visa analisar os limites da atuação médico-hospitalar nos casos de internação psiquiátrica involuntária prolongada e a correspondente responsabilidade civil do médico e do hospital pelos danos associados a um eventual abuso do direito de internar involuntariamente nos termos do marco normativo sobre saúde mental no Brasil.

Desde a promulgação da Lei n. 10.206/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, o Estado brasileiro rompeu com o sistema asilar e manicomial, optando pelo tratamento ambulatorial. A internação psiquiátrica se tornou uma medida excepcional e de caráter temporário, funcionalizada a garantia da saúde do paciente e de seu retorno ao convívio social e familiar. Em quaisquer de suas

¹ Em 2021, a imprensa noticiou uma situação de abuso na Casa de Acolhimento Feminino Água Viva, situada na Cidade do Crato, no Ceará. A Comissão de Direitos Humanos e Cidadania e o Conselho Nacional de Direitos Humanos realizaram diligências para acompanhar o caso e verificaram que, sob pretexto de tratamento psiquiátrico, 34 mulheres com deficiência psicossocial eram mantidas em cárcere privado, sofrendo maus tratos e abuso sexual em condições desumanas e degradantes. A condenação sofrida pelo Brasil, em 2006, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, no caso *Damião Ximenes Lopes*, ocorrido no município de Sobral, Ceará, parece ser apenas um episódio esquecido em um passado distante.

modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), requer um plano terapêutico específico para o paciente, a fim de lhe oferecer uma atenção multiprofissional e não apenas farmacológica, para que a medida seja distanciada do mero alojamento asilar. Em todo esse processo, os direitos fundamentais da pessoa em tratamento devem ser respeitados, notadamente, a autonomia para consentir, participar e decidir sobre questões pertinentes à saúde, além do direito à convivência social e familiar.

A internação psiquiátrica involuntária (IPI), objeto da análise, constitui medida ainda mais excepcional, cercada de salvaguardas para evitar intervenções disfuncionais e atentatórias aos direitos do paciente. Somente poderá ser estabelecida nos casos em que a pessoa estiver sem condições mentais para decidir e estiver oferecendo riscos a si ou a terceiros. A Lei nº 10.206/2010 informa as balizas gerais que legitimam essa modalidade de tratamento, indicando como salvaguardas, a notificação obrigatória ao Ministério Público e às comissões de revisão psiquiátricas, constituídas no âmbito dos Estados e Municípios para revisar a adequação e conformação legal das internações psiquiátricas involuntárias.²

Isso para evitar o desvio funcional da medida que pode resultar em prejuízos severos à pessoa e, conseqüentemente, justificar a responsabilidade civil do médico e do hospital. Importa a esse artigo, delinear os perfis estrutural e funcional da internação psiquiátrica involuntária e analisar a possibilidade de apuração da responsabilidade civil do médico e do hospital psiquiátrico pelo dano decorrente da malversação da medida.

2. O modelo de assistência à saúde mental no Brasil e os direitos do paciente psiquiátrico

Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) informam que uma em cada quatro pessoas desenvolverá algum transtorno psíquico ao longo de sua vida,³ sendo mais comum a sua ocorrência entre mulheres.⁴ O Mapa da Saúde Mental, elaborado e divulgado pela Organização Mundial da Saúde, diz que a população brasileira lidera o *ranking* mundial em ansiedade patológica,⁵ dado que explica os elevados índices de depressão, transtorno de

² Seja consentido remeter a ALMEIDA, Vitor. A trajetória de inclusão das pessoas com deficiência psíquica: diálogos entre o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Lei da Reforma Psiquiátrica. *Revista Contexto Jurídico*, vol. 07, n. 1, 2021.

³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001.

⁴ STEEL Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel, V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 2014, 43(2): 476-493.

⁵ PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

maior impacto na carga global de doenças, haja vista o cômputo dos *anos de saúde perdidos*.⁶ Na sua forma severa, a depressão é a principal causa de autolesão fatal no país que, na última década, aumentou em 43% (quarenta e três por cento).⁷

Assim como a ansiedade e a depressão, os mais diversos transtornos psíquicos e comportamentais podem, a depender das limitações que impõem, resultar em uma condição de deficiência mental, sem considerar os problemas originários da drogadição e alcoolismo que também se encerram no âmbito da saúde mental. Pesquisa Nacional em Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2019, revela que um percentual de 1,2% (um vírgula dois por cento) da população brasileira acima de 2 (dois) anos de idade se autodeclarou com alguma deficiência mental ou intelectual.⁸

Esse quadro geral de sofrimento psíquico da população brasileira potencializou a procura pela atenção ambulatorial e hospitalar nos setores público e privado. Relativamente aos anos de 2021 e 2022, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registrou um total de 1.796.458 (um milhão setecentos e noventa e seis mil, quatrocentos e cinquenta e oito) e 3.445.720 (três milhões quatrocentos e quarenta e cinco mil, setecentos e vinte) atendimentos ambulatoriais pelo SUS, respectivamente.⁹ Também informou um aumento nas internações psiquiátricas que somaram 215.766 (duzentos e quinze mil, setecentos e sessenta e seis), no ano de 2021,¹⁰ e 220.275 (duzentos e vinte mil, duzentos e setenta e cinco), em 2022.¹¹ Essa ascensão no número de internações já vinha sendo identificada no setor privado. Em 2017, o relatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) indicava um aumento de 58% (cinquenta e oito por cento) das internações psiquiátricas custeadas por planos de saúde, entre os anos de 2012 e 2016. Nesse período, a hospitalização psiquiátrica subiu de 99,5 mil para 157,4 mil.¹²

Entretanto, após reforma antimanicomial, cujo marco é a Lei n. 10.216/2021, a atenção em saúde mental prioriza a atenção ambulatorial nos CAP's (Centro de Apoio Psicossocial) e

⁶ Transtornos mentais e de comportamento, como a depressão, ansiedade e uso de drogas são os principais condutores de incapacidade em todo o mundo e causou quase 40 milhões de anos de invalidez entre as idades de 20 a 29 anos. (Instituto de Métrica e Avaliação em Saúde – IHME. Carga de doença global: gerando evidências, políticas de orientação. Disponível em: www.healthdata.org/).

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, n. 33, vol. 52, set./2021. Disponível em: www.gov.br/saude/.

⁸ PAINEL DE INDICADORES DE SAÚDE – Pesquisa Nacional de Saúde. Deficiências. Disponível em: www.pns.icict.fiocruz.br/.

⁹ BRASIL. DATASUS. *Produção ambulatorial do SUS*. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/.

¹⁰ BRASIL. DATASUS. *Internações Psiquiátricas do SUS*. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/.

¹¹ BRASIL. DATASUS. *Internações Psiquiátricas do SUS*. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/.

¹² BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. *Mapa Assistencial da Saúde Suplementar*. Disponível em: www.gov.br/.

hospital-dia, restringindo os leitos psiquiátricos aos casos excepcionais,¹³ para os quais o atendimento extra-hospitalar se mostrar insuficiente (art. 3º, Lei n. 10.216/2001),¹⁴ o que revela a diretriz da desospitalização encampada pela mencionada Lei.

Sob essa abordagem, a internação constitui uma medida *in extremis* e temporária, voltada à estabilização e à reinserção do paciente ao seu meio (art. 4º, § 1º, Lei n. 10.206/2001). A Lei não dispôs sobre o prazo máximo de duração dessas internações,¹⁵ apenas vinculou a sua determinação/manutenção à função precípua de promover a estabilização do paciente e sua reinserção ao seu meio, quando o tratamento extra-hospitalar for insuficiente. Dada a sua finalidade, deve oferecer assistência integral, a partir de um projeto terapêutico multidisciplinar (art.4º, § 2º), sendo vedada a internação com característica asilar (art. 4º, § 3º).¹⁶ Relativamente às internações psiquiátricas involuntárias motivadas por dependência química, a Lei Antidroga (Lei n. 11.343/2006) dispôs que tais medidas poderão perdurar pelo tempo necessário à desintoxicação.¹⁷ Contudo, fixou um teto máximo de noventa dias, conforme nova redação atribuída ao art. 23-A, § 5º, inciso III, pela Lei n.13.840/2019.

São três as modalidades de internação psiquiátrica previstas na lei: a voluntária; a involuntária e a compulsória. A primeira, como o termo já sugere, é deflagrada a partir

¹³ “[...] Desde a década de setenta do século XX, instalou-se no país o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira, que reivindicava um tratamento destinado aos portadores de transtornos mentais não mais centrado no modelo hospitalocêntrico, que objetivava excluir o paciente do convívio social, tornando-o invisível, mas direcionado à adoção de recursos terapêuticos, preferencialmente, em estabelecimentos extra-hospitalares. [...] Embora a Lei tenha reorientado o modelo assistencial às pessoas com transtornos mentais – do modelo asilar para o ambulatorial –, ainda há muito o que se fazer para realmente se efetivar os direitos assegurados pelo legislador e, assim, protegê-las com dignidade, principalmente, reinserindo-as ao convívio social e familiar” (ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no caso da saúde mental: Direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 86-87).

¹⁴ Não sem razão, a Organização Mundial de Saúde propõe a todos os países, a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030, cuja proposta de mudança envolve três blocos de ações: “Aprofundar o valor e o compromisso que damos à saúde mental; Reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc. e Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World mental health report: transforming mental health for all*. Disponível em: www.who.int/.

¹⁵ A atenção terciária compreende a internação hospitalar no hospital geral ou psiquiátrico, em leitos para cuidados especializados levando em consideração a prevalência de comorbidades, tanto clínicas como psiquiátricas. O período de permanência nos leitos varia, mas em média é estabelecido por mais que 3 semanas. Além dos cuidados terciários citados é esperada uma rede de assistência para reinserção social como as moradias assistidas que preparam o dependente para voltar para a família e para o trabalho. Disponível em: www.mpsp.mp.br/.

¹⁶ Serviços destinados a atender pacientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível ser feito em serviços de menos complexidade. Deverá funcionar de acordo com seus programas de atendimento, contando com equipe multiprofissional completa necessária para desenvolver os programas terapêuticos da unidade. Disponível em: bvsm.sau.gov.br/.

¹⁷ Gabriel Schulman desenvolveu um importante estudo sobre as internações forçadas impostas às pessoas com dependência química grave, apresentando os filtros constitucionais que podem ser aplicados. SCHULMAN, Gabriel. *Saúde mental, drogas e internação forçada: se quiser fumar fuma, se quiser beber bebe?*. Indaiatuba, SP: Foco, 2020.

do consentimento do paciente; a segunda, realiza-se sem o seu consentimento, a pedido de terceiro, nos casos de riscos de autolesão ou de lesão às outras pessoas; e a terceira, deriva de uma determinação judicial, seguindo o devido processo legal.¹⁸ Não se confunda a internação psiquiátrica com o acolhimento dos idosos nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs), destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.¹⁹

A excepcionalidade da internação psiquiátrica involuntária é anunciada a partir do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos que veda a imposição forçada de tratamento ou experiência científica, sem o livre consentimento da pessoa. Esse respeito à autodeterminação do paciente também é reiterado por diversos dispositivos do Código de Ética Médica.²⁰

Na expressão do art. 1º da Lei n. 10.216/2001, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental devem ser assegurados, em igualdade de condições com as demais pessoas, vedada qualquer forma de discriminação. O paciente psiquiátrico é uma pessoa humana destinatária dos direitos humanos fundamentais, como afirmou a Corte Interamericana de Direitos Humanos – CIDH, ao julgar o caso *Ximenes Lopes x Brasil*, quando impôs a revisão das políticas públicas em saúde mental pelo Estado brasileiro. O caso acelerou a reforma psiquiátrica que veda a institucionalização e prestigia à assistência extra-hospitalar mediante o respeito à autonomia do paciente e ao seu direito de convívio familiar e social. Na esfera pública, a reforma psiquiátrica impôs a estruturação dos chamados CAPS, hospital-dia e residências terapêuticas como alternativa aos leitos psiquiátricos, determinando-se o fechamento de estabelecimento manicomial.²¹

¹⁸ PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, vol. 12, n. 3, nov./2011-fev./2012, p. 133.

¹⁹ De acordo com o Art. 3º, inciso V, da Lei 10.741/03 (Estatuto da Pessoa Idosa), a pessoa idosa tem a garantia de que será atendido prioritariamente em âmbito familiar, em detrimento do atendimento asilar. As ILPIs devem oferecer instalações físicas em condições adequadas de acessibilidade, habitabilidade, higiene, salubridade e segurança (art. 48, Parágrafo único, inc. I, do Estatuto Protetivo). A ILPI deve apoiar e incentivar a relação entre familiares, se ambas as partes tiverem interesse. É direito da pessoa idosa, mesmo acolhido em ILP, manter laços familiares (art. 49, inc. I). As ILPIs podem ser instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar e em condições de liberdade, dignidade e cidadania. Atualmente, encontra-se em vigor, para fins de regulamentação de seu funcionamento, as normas previstas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 502, de 27 de maio de 2021.

²⁰ V. arts. 15, 24, 31, 41, 42, 74, 101 e 110, todos do Código de Ética Médica.

²¹ Não cabe ao presente texto analisar os aspectos positivos e negativos da reforma psiquiátrica. Há diversos textos que apontam a precariedade do sistema e o peso gerado às famílias que se veem sem as condições adequadas para o provimento do cuidado com os seus parentes acometidos de transtorno psíquico. Ver: FEITOSA, Kellida Moreira Alves; SILVA, Tâmara; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JR., Hudson Pires de Oliveira. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, vol. 14, n. 1. São Paulo: abr./2012; BERLINK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Monica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana Psicopatía. Fund.*, vol. 11., n. 1. São Paulo: mar./2008.

O ponto central da reforma psiquiátrica é a garantia da saúde do paciente sem o comprometimento de sua autonomia como era comum à abordagem manicomial. Prima-se pelo acesso ao serviço em saúde mental, a inclusão social, a igualdade de oportunidades, a autodeterminação, a decisão informada e a proteção contra a violência e o abuso, pelo controle da internação involuntária.²² Tais direitos estão previstos em documentos internacionais como a Declaração de Caracas (1990) e a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, subscrita pelo Brasil por meio do Decreto n. 3.956/2001. Reafirmados, posteriormente, pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência – CDPD, internalizada com *status* de emenda constitucional por meio do Decreto n. 6.949/2009, que impôs aos Estados-signatários o dever de reconhecer-lhes o direito à inclusão e à autonomia, bem como o de estabelecer as medidas de salvaguardas para evitar a exploração, violência e o abuso.²³

Conforme a CDPD, a pessoa com deficiência tem o direito de ser respeitada em sua integridade física e mental, em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 17), assim como o direito à igual capacidade jurídica (art. 12),²⁴ à liberdade de expressão, opinião e acesso à informação (art. 21), à privacidade (art. 22) e à participação na vida familiar e comunitária (arts. 23, 29 e 30). O texto convencional é expresso em vedar o tratamento desumano e degradante, vedando a sua sujeição a experimento médico ou científico sem o seu consentimento (art. 15). No âmbito da saúde, impôs aos Estados-Partes, o reconhecimento do direito das pessoas com deficiência a desfrutar do mais alto nível possível de saúde, sem discriminação (art. 25). Também impôs aos Estados-

²² DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arq. bras. psicol.*, vol. 63, n. 2. Rio de Janeiro: 2011.

²³ “A rigor, o campo de incidência da lei antimanicomial é mais amplo do que o EPD, uma vez que não há de se confundir pessoa com deficiência mental ou intelectual com as pessoas ‘portadoras de transtorno mental’. Primeiro, merece registro a impropriedade do termo ‘portador’, que se refere à lógica da normalização, ‘reparação’, que sob o manto do modelo social hoje adotado já não se mantém como apropriado. Em segundo lugar, nem todas as pessoas com transtorno mental necessariamente são pessoas com deficiência mental ou intelectual. O EPD exige para a definição de pessoa com deficiência o impedimento de longa duração que obstrui sua plena e efetiva participação na sociedade em paridade de condições com as demais pessoas em razão das barreiras sociais impostas (art. 2º). Tanto é assim que hoje o discurso psiquiátrico procura distanciar os conceitos de ‘doença mental’, ‘transtorno mental’ e ‘deficiência intelectual’, contudo, não é rara sua associação. Desse modo, fundamental compreender a importância da Lei da Reforma Psiquiátrica no contexto mais amplo de afirmação dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais e como importante marco jurídico no movimento de desospitalização, em diálogo permanente com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, em especial nos casos de pessoas com deficiência mental e/ou intelectual em razão de transtornos mentais, sempre à luz da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Nesse cenário, em diversas situações, as referidas leis devem atuar de forma complementar, embora não haja necessariamente coincidência de campos de aplicação” (ALMEIDA, Vitor. A trajetória de inclusão das pessoas com deficiência psíquica: diálogos entre o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Lei da Reforma Psiquiátrica. *Revista Contexto Jurídico*, vol. 07, n. 1, 2021, p. 39-41).

²⁴ Permita-se referenciar ALMEIDA, Vitor. *A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021, cap. 2.

membros o dever de promover a autonomia e a capacidade plena das pessoas com deficiência, mediante a sua inclusão em todos os aspectos da vida social.

Nos moldes da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), a deficiência mental não afasta a capacidade jurídica da pessoa para exercer os atos da vida civil, em igualdade de condições com as demais (art. 6º). E, no tocante ao tratamento médico, tem o direito de consentir e recusar, sendo vedados o tratamento e a institucionalização forçada (art. 12). Conforme o art. 13, da LBI, a pessoa somente será atendida sem o seu consentimento prévio, livre e esclarecido, nos casos de risco de morte e de emergência em saúde, respeitado o seu superior interesse e adotadas as salvaguardas cabíveis.

Gustavo Ribeiro e Ana Carolina Brochado Teixeira²⁵ desenvolveram um estudo sobre o consentimento informado da pessoa com deficiência e sintetizaram: “O que está em jogo é a possibilidade de edificar sua identidade a partir de ações que incidam sobre a própria integridade psicofísica”. Contudo, o exercício do direito de escolha e de decisão da pessoa com deficiência enfrenta diversas barreiras atitudinais no âmbito da sociedade, da família, dos profissionais de saúde e do judiciário. A discriminação em face dessas pessoas é evidente, quando a qualidade das suas decisões é posta em xeque, persistindo a presunção genérica de que não possuem capacidade decisional nem mesmo em matéria de saúde.

3. A excepcionalidade da Internação Psiquiátrica Involuntária – IPI: perfil estrutural e funcional

A internação involuntária somente se justifica quando a pessoa estiver em surto, com a volição comprometida, e sob o risco de autolesão ou de causar lesão a terceiro. Essa modalidade dispensará o consentimento do paciente, mas dependerá do requerimento de um terceiro, em geral, um familiar, e da autorização de um médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localizar o estabelecimento hospitalar (art. 8º, Lei n. 10.216/2001) que realizará a internação.

Para atender as salvaguardas legais, após acolher uma pessoa por meio da internação psiquiátrica involuntária, caberá ao hospital notificar o Ministério Público (art. 8º, § 1º,

²⁵ RIBEIRO, Gustavo; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Consentimento informado em intervenções médicas envolvendo pessoas com deficiência intelectual ou psicossocial no Brasil e a questão das barreiras atitudinais. In: MENEZES, Joyceane Bezerra; CAYCHO, Renato Constantino; BARIFFI, Francisco José (Coord.). *Capacidade jurídica, deficiência e direito civil na América Latina*: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Peru. Indaiatuba, SP: Foco, 2021, p. 131.

Lei n. 10.216/2001) e as Comissões Revisoras de Internação Psiquiátricas Involuntárias – CRIPI – (Portaria n.º 2.391/2002).²⁶ Uma vez notificada, a CRIPI deverá proceder a revisão de cada internação involuntária, no prazo de sete dias da internação do paciente, emitindo um laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado, cuja cópia deverá ser remetida ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas (art. 12, Portaria n.º 2.391/02, MS/GM). Ao Ministério Público, adotar as medidas cabíveis em face de eventual abuso.

Impõe-se ao médico responsável pela internação, fazer constar no prontuário do paciente, as razões da internação e os motivos da ausência de consentimento, conforme determina o Conselho Federal de Medicina por meio da Resolução n. 2.057/2013,²⁷ em especial o disposto no art.16. E, durante a internação, o nosocômio deve assegurar ao paciente os recursos terapêuticos que possam promover a sua reabilitação, tratando-o com respeito e dignidade.

A Lei n. 10.216/2001 dispôs que o término da internação voluntária poderá ocorrer mediante solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente (art. 7º, parágrafo único), mas estabelece que o fim da internação involuntária dependerá da corresponde alta, pelo médico responsável, ou da solicitação do familiar/responsável legal (art. 8º, § 2º, Lei n. 10.216/2001). Nada dispôs sobre o protagonismo do próprio paciente.

Indaga-se sobre o porquê o paciente estabilizado, em condições de manifestar o seu consentimento, não teria a legitimidade para solicitar a sua desinternação, nos casos de internação psiquiátrica involuntária? Se não estiver sob curatela, for civilmente capaz e houver recobrado a sua volição, não haverá razão para continuar internado. Ademais, rememore-se que a pessoa civilmente capaz não possui representante legal (art. 116, Código Civil), quando muito, poderá eleger um representante contratual.²⁸ A rigor, até mesmo a pessoa submetida à curatela tem o direito de participar das decisões que são pertinentes à sua vida, cabendo-lhe, inclusive, a legitimidade para requerer uma

²⁶ A Portaria n.º 2.391/2002, do Ministério da Saúde, regulamentou o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IVP) de acordo com o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes do SUS, além de dispor sobre a participação do órgão do Ministério Público na Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias.

²⁷ Revogou a Resolução CFM n. 1.598/2000.

²⁸ Cf. TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Notas sobre a representação voluntária e o contrato de mandato. *Revista Brasileira de Direito Civil*, vol. 12, n. 2, abr.-jun./2017.

reavaliação da extensão dos poderes do curador, sob pena de desconsideração do atual perfil do instrumento protetivo.²⁹

No contexto do sistema jurídico e deontológico, cabe ao médico averiguar a necessidade da medida, cumprindo-lhe o dever de garantir a alta do paciente, quando for o caso, independentemente da vênua do familiar.³⁰ Dentre os “considerandos” do Código de Ética Médica destacam-se a busca de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade.³¹

Segundo o art. 12 da Lei Brasileira de Inclusão (Lei n. 13.146/2015), o consentimento prévio, livre e esclarecido é indispensável para a hospitalização da pessoa com deficiência, sendo vedada a institucionalização forçada (art. 11, Lei n. 13.146/2015). Até mesmo os pacientes submetidos ao regime da curatela terão direito de participar, no maior grau possível, das decisões referentes à sua internação (art. 12, § 1º, Lei n. 13.146/2015). Tudo isso em correspondência ao teor da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência que impõe o respeito à autonomia e à liberdade do sujeito (art. 16, item 4), ressalvando que a deficiência não poderá ser motivo para justificar a privação da sua liberdade (art. 14).

Como salvaguarda de abusos decorrentes de internações psiquiátricas involuntárias, reitera-se que tais medidas deverão ser comunicadas, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público Estadual (art. 8º, parágrafo primeiro, Lei n. 10.216/2001) e às Comissões Revisoras de Internação Psiquiátrica (art.10, Portaria n. 2.391/2002, MS/GM). E, uma vez notificados, esses órgãos terão o dever de verificar a licitude das internações, no prazo de até 07 (sete) dias.

O caso paradigma acima descrito demonstra um distanciamento completo da principiologia que inspira a Lei Antimanicomial, resvalando em diversas condutas antijurídicas e refratárias ao marco legal brasileiro de proteção aos pacientes na área da saúde mental. Em primeiro lugar, a internação psiquiátrica involuntária foi autorizada pelo médico diretor do mencionado hospital, quando o tratamento extra-hospitalar ainda se mostrava adequado, malferindo o art. 3º da Lei n. 10.206/2001 e os arts. 14 e 28 do Código de Ética Médica.

²⁹ Sobre o assunto, seja permitido remeter ALMEIDA, Vitor. *A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

³⁰ V. os arts. 14, 24, 28 e 31, todos da Resolução CFM n. 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 (Código de Ética Médica).

³¹ Vide a Resolução CFM n. 2.217/2018.

Para tal internação, não foi apresentado um projeto terapêutico com assistência integral e multidisciplinar, desatendendo o perfil finalístico da internação psiquiátrica, descrito no art. 4º, § 2º, da Lei n.10.206/2001. Observa-se que o caso paradigma constituiu uma internação de caráter asilar, voltada a satisfazer o interesse da família. A paciente não recebeu atenção integral/multidisciplinar e a medicação que lhe foi ministrada era a que já utilizava em casa, em nítida violação ao art. 4º, § 3º, da Lei n. 10.206/2001.

Por fim, a negativa da alta hospitalar após a solicitação da paciente que, segundo o próprio médico responsável, mostrava-se lúcida e orientada, sob o fundamento de que não havia a autorização do familiar que a internou, transgrediu os dispositivos deontológicos do Código de Ética Médica e o art. 12 da LBI.³²

As condutas antijurídicas do profissional resultaram em lesão aos direitos fundamentais de liberdade e autonomia, à saúde e à convivência comunitária e familiar, potencializando o estado de ansiedade com risco de piora do quadro geral de saúde. Alijada do mundo externo e sem o controle direto do seu patrimônio, também sofreu desfalques financeiros por parte de familiares, consubstanciados em dano material. É sobre a responsabilidade civil do médico e do hospital psiquiátrico nos casos de internação psiquiátrica involuntária que se discorrerá a seguir.

4. Responsabilidade civil do médico e do hospital psiquiátrico

Uma das consequências da internação psiquiátrica involuntária violadora dos preceitos legais e deontológicos que visam assegurar a dignidade e autonomia dos pacientes é a responsabilidade civil dos médicos³³ e do hospital psiquiátrico, que, como narrado no caso acima, descortina danos injustos de natureza moral e patrimonial à vítima,

³² V. PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. Artigos 11 e 12. BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor (Coord.). *Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021, p. 94-102.

³³ “Vale referir que, em consulta dirigida ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), em que a consultante indagou se o exercício da medicina psiquiátrica é reservado aos médicos especialistas, o Conselho Regional entendeu que um ‘dos pilares do Código de Ética Médica é a autonomia profissional. O médico, uma vez concluído o curso regular de Medicina e devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina de sua região, encontra-se apto a realizar todos os atos médicos para os quais se considere capaz’ (Parecer CREMERJ 109/2002). Assim, de acordo com o parecer, ‘nenhuma exigência burocrática se sobrepõe à liberdade profissional’, entendimento que parece compatível com o disposto no art. 5º, XIII, da CRFB/1988. No entanto, independentemente do título de especialista em psiquiatria, todos os médicos envolvidos no campo da saúde mental devem observar as regras contidas na Resolução 2.057/2013, que consolidou as diversas resoluções da área da psiquiatria, servindo de importante guia para a atuação desses profissionais” (ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 92). Convém destacar que a Resolução CFM n. 2.057/2013 foi modificada pelas Resoluções CFM n. 2.153/2016 e 2.165/2017.

impedindo a fruição de seus direitos fundamentais, tais como à liberdade, à convivência familiar e comunitária, à integridade psicofísica e o respeito à soberania do seu corpo.

A responsabilidade civil médica se funda no artigo 951 do Código Civil, que, em redação genérica, previu a obrigação de indenizar àquele que “no exercício de atividade profissional”, por negligência, imprudência ou imperícia, causar “a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão ou inabilitá-lo para o trabalho”, e no Código de Defesa do Consumidor, que em seu artigo 14, § 4º, estabelece que a “responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”. Constata-se, portanto, que a aferição de culpa é imprescindível para a configuração do dever de indenizar do médico, afastável se evidenciada uma das causas excludentes de responsabilidade.

A investigação da culpa do profissional é norteada a partir dos deveres que lhe são imputados pelo ordenamento. Segundo Gustavo Tepedino, os deveres do médico podem ser enquadrados em três categorias centrais: “a) o dever de fornecer ampla informação quanto ao diagnóstico e prognóstico; b) o emprego de todas as técnicas disponíveis para a recuperação do paciente, aprovadas pela comunidade científica e legalmente permitidas; c) a tutela do melhor interesse do enfermo em favor de sua dignidade e integridade física e psíquica”.³⁴

Descolada de qualquer aspecto psicológico, a culpa deve ser aferida a partir de vetores objetivos, na medida em que se estabelecem *standards* de conduta legitimamente reconhecidos por meio de boas práticas e critérios de atuação deontologicamente estabelecidos (Resolução CFM n. 2.057/2013). No campo da responsabilidade do profissional liberal³⁵, portanto, o desvio ou afastamento do padrão de conduta cuja expectativa possa ser legitimamente esperada já é o bastante para a configuração da culpa profissional. A culpa restaria caracterizada se houvesse a violação de um dos deveres imputados ao exercício da atividade profissional, uma vez que caberá ao médico empregar todos os esforços e cuidados necessários à realização do tratamento indicado, sem se responsabilizar pelo resultado almejado.

³⁴ TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. *Temas de direito civil*, t. II. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 90.

³⁵ Cf., por todos, BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz. À guisa de introdução: o multifacetado conceito de profissional liberal. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 01-30.

A partir do caso que ilustra o presente texto, evidencia-se que o médico responsável pelo tratamento da paciente naquele hospital agiu em desacordo com o padrão *standard* de conduta fixado em Lei e no Código de Ética Médica, razão pela qual se verifica a culpa objetiva, pressuposto essencial à configuração da responsabilidade subjetiva. Como referido, na área médica, “a culpa tem sido aferida a partir de vetores objetivos, na medida em que se fincam *standards* de conduta legitimamente reconhecidos”.³⁶ O desvio ou afastamento do padrão de conduta esperado, no caso, repita-se, fixado em Lei ou nas normas deontológicas específicas, será suficiente para a configuração da culpa do profissional.

No exemplo em questão, o médico atendente era empregado do hospital que, em razão disto, se torna responsável solidariamente, à vista do art. 932 do Código Civil. Ainda que se considere o entendimento de que a responsabilidade indireta do empregador está condicionada à atuação ilícita do empregado, restará configurado o dever de indenizar do hospital por ser inequívoca a atuação culposa do médico.³⁷

Além da responsabilidade civil indireta e solidária, fixada pelo art. 932, o hospital é um fornecedor de serviço e responderá objetivamente pelos danos decorrentes de sua atuação, conforme dispõe o art. 14 do Código de Defesa do Consumidor (Lei n. 8.078/1990), uma vez que se cuida de relação de consumo. Como os hospitais e clínicas médicas são estruturados como pessoas jurídicas prestadoras de serviços médicos, são fornecedores no mercado de consumo e responderão objetivamente pelos danos

³⁶ ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 99.

³⁷ “Caso os danos ao paciente decorram da prestação de serviços por médico que pertença a seu quadro de funcionários, a responsabilidade da clínica ou hospital será solidária à do profissional liberal, nos termos do já referido art. 932 do Código Civil, de tal modo que a pessoa jurídica responderá solidária e objetivamente ao médico, desde que tenha este último agido culposamente. Trata-se da responsabilidade objetiva do empregador pelos atos do empregado, que não ilide a responsabilidade pessoal, de natureza subjetiva, do próprio médico” (SOUZA, Eduardo Nunes de. Responsabilidade civil dos médicos e dos profissionais da saúde. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 71). No mesmo sentido: “A atividade médica é peculiar. Sua prática requer profissionais capacitados, com formação e aprofundamento científico especializado. O hospital não possui domínio técnico sobre a atividade médica em si. Assim, considerando que a medicina possui procedimentos, regras e princípios próprios, nos quais a instituição hospitalar (pessoa coletiva) não é capaz de interferir tecnicamente, tem-se que a aferição da responsabilidade do hospital pela atividade médica, perpassa, primeiramente, pela apuração da existência (ou não) de responsabilidade do médico por eventuais danos causados aos pacientes. A responsabilidade do hospital pela atividade médica, portanto, somente existirá se for comprovado que os médicos são responsáveis pelos danos causados à vítima (paciente)” (FROTA, Pablo Malheiros Cunha; COSTA, José Pedro Brito da. A responsabilidade hospitalar pela atividade médica autônoma: uma questão de coligação contratual. *Revista IBERC*, vol. 1, n. 1, 2018).

causados aos seus respectivos consumidores (pacientes e/ou seus familiares) pela falha no serviço de saúde, em si, ou de hotelaria.³⁸

A jurisprudência dos tribunais estaduais oferece julgados nos quais se afirma a responsabilidade civil do hospital psiquiátrico pelos danos decorrentes de erro na dosagem do medicamento; da fuga do paciente, em virtude de falha na segurança; na lesão a terceiros ou autolesão fatal.³⁹ Não há decisões específicas sobre a internação psiquiátrica disfuncional, prolongada, em descompasso com a principiologia da lei e das normas deontológicas em matéria de responsabilidade civil. Uma única decisão dessa natureza data de 2012:

Apelação cível. Ação de indenização por danos morais. Internação psiquiátrica involuntária. Paciente supostamente acometida de transtorno afetivo bipolar. Ofensa ao devido processo legal de internação psiquiátrica. Lei nº 10216/2001. Ato ilícito. Responsabilidade da clínica psiquiátrica que aceitou. O internamento sem laudo médico circunstância do evidenciando a necessidade da medida e sem efetuar a posterior comunicação ao Ministério Público. Sentença revista. Recurso de apelação conhecido e parcialmente provido. A internação psiquiátrica involuntária, embora legalmente autorizada, deve observar o procedimento previsto na lei nº 10.216 /2001, sem descuidar da matriz constitucional que assegura os direitos fundamentais do paciente, especialmente o direito à liberdade e a dignidade da pessoa humana.⁴⁰

³⁸ Colhe-se da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça: “Recurso especial. Agravo de instrumento. Ação de indenização movida contra clínica médica. Alegação de defeito na prestação de serviços. Responsabilidade objetiva. Inteligência do art. 14 do CDC. 1. Demanda indenizatória proposta pelo marido de paciente morta em clínica médica, alegando defeito na prestação dos serviços médicos. 2. A regra geral do art. 14, "caput", do CDC, é a responsabilidade objetiva dos fornecedores pelos danos causados aos consumidores. 3. A exceção prevista no parágrafo 4º do art. 14 do CDC, imputando-lhes responsabilidade subjetiva, é restrita aos profissionais liberais. 4. Impossibilidade de interpretação extensiva de regra de exceção. 5. O ônus da prova da inexistência de defeito na prestação dos serviços médicos é da clínica recorrida por imposição legal (inversão 'ope legis'). Inteligência do art. 14, § 3º, I, do CDC. 6. Precedentes jurisprudenciais desta Corte. 7. Recurso especial provido” (STJ, REsp. 986.648/PR, Terceira Turma, Min. Rel. Paulo de Tarso Sanseverino, julg. 10 mai. 2011, publ. 02 mar. 2012).

³⁹ “No cenário da psiquiatria, a polifarmácia e o uso de psicofármacos são parte da terapêutica, pois auxiliam no controle de sintomas agudos. Diante disso, há o risco das reações adversas aos medicamentos, como é o caso das extrapiramidais e os erros de dosagem que podem levar à impregnação, aspectos destacados pela equipe de saúde quanto aos EA. [...] Os resultados apontaram que um tipo de EA que ocorre na internação psiquiátrica é o evento adverso a medicamentos, que pode ser evitável ou não evitável. O evitável é oriundo do erro de medicação, entendido como um evento que ocorre quando fragilidades nos sistemas de medicação relacionadas à infraestrutura ou aos fatores humanos afetam as práticas de prescrição, transcrição, dispensação, preparo, administração e monitoramento dos medicamentos. Já o não-evitável é a reação adversa ao medicamento, que se refere a um efeito nocivo, indesejável e que ocorre em doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico, tratamento de morbidades ou para a modificação de função fisiológica. Diante destes conceitos, evidenciou-se no estudo a ocorrência do erro de medicação e da reação adversa” (TAVARES, Izabella de Góes Anderson Maciel et al. Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. *Escola Anna Nery*, n. 26, 2022).

⁴⁰ TJPR, 9ª Cam. Cível, AC n. 818416-9, Rel. Des. Desembargador Francisco Luiz Macedo Júnior, julg. 13 dez. 2012.

No caso em questão, há grave antijuridicidade consubstanciada na aplicação disfuncional da internação psiquiátrica, convertida em medida asilar. O fato suscita, para além da responsabilidade civil do hospital e do médico, a responsabilização do plano de saúde e até mesmo do Estado, pela omissão na atuação fiscalizatória.

Rememorem-se os dados colhidos pelo Ministério Público do Estado, dando conta de que o mencionado hospital abrigava mais de 100 (cem) pacientes, usuários do mesmo plano de saúde, sob internação psiquiátrica prolongada por mais de um ano. O relatório não informou o contingente mantido pelo SUS. A omissão das CRIPs por tanto tempo é inusual, assim como é estranha a demora do Ministério Público para tomar uma providência eficaz.

Inclusive, conforme entendimento do Superior Tribunal de Justiça, configurada a disfuncionalidade da internação involuntária, pela inadequação aos requisitos legais e, cuidando-se de restrição ao direito de liberdade, será cabível a impetração de *habeas corpus* em benefício do paciente internado, conforme decisão ementada nos seguintes termos:

Habeas corpus. Internação involuntária em clínica psiquiátrica. Ato de particular. Ausência de provas e/ ou indícios de perturbação mental. Constrangimento ilegal delineado. Binômio poder-dever familiar. Dever de cuidado e proteção. Limites. Extinção do poder familiar. Filha maior e civilmente capaz. Direitos de personalidade afetados.

É incabível a internação forçada de pessoa maior e capaz sem que haja justificativa proporcional e razoável para a constrição da paciente.

Ainda que se reconheça o legítimo dever de cuidado e proteção dos pais em relação aos filhos, a internação compulsória de filha maior e capaz, em clínica para tratamento psiquiátrico, sem que haja efetivamente diagnóstico nesse sentido, configura constrangimento ilegal. Ordem concedida.⁴¹

Em relação à internação compulsória, o Superior Tribunal de Justiça entende que “qualquer que seja o estabelecimento escolhido ou indicado, deve ser, sempre que possível, evitada e somente empregada como último recurso, na defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. [...] Não há constrangimento ilegal na imposição

⁴¹ STJ, Terceira Turma, HC 35.301/RJ, Rel. Min. Nancy Andrighi, julg. 03 ago. 2004, publ. 13 set. 2004.

de internação compulsória, no âmbito da Ação de Interdição, desde que baseada em parecer médico e fundamentada na Lei 10.216/2001”.⁴²

Observa-se, a partir das decisões do Superior Tribunal de Justiça, que a internação obrigatória, na modalidade compulsória ou involuntária, consiste em medida necessária e indispensável ao tratamento da paciente com sofrimento psíquico grave, com risco para si ou para a sociedade, desde que seja proporcional e razoável, comprovada mediante laudo médico circunstanciado. Nessa direção, comungamos do entendimento que a internação involuntária deve ser igualmente submetida ao crivo do Poder Judiciário⁴³ como forma de resguardar a integridade psicofísica e a dignidade do paciente, atentando-se para as “condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (art. 9º, Lei n. 10.216/2001), o que é reforçado pelas normas contidas na Lei Brasileira de Inclusão.⁴⁴

Diante do cenário apresentado, surge a questão da internação do paciente potencialmente suicida. No Brasil, a Lei n.º 10.216/2001, conforme já visto, rompeu com o período manicomial anteriormente vivenciado no país, determinando no artigo 4º que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Dispôs, ainda, no § 1º, do art. 4º, que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Deste modo, a internação psiquiátrica involuntária ou compulsória deverá ser o último recurso a ser utilizado, e, mesmo assim, exige-se que o paciente seja reintegrado à sociedade. Estas normas devem ser também levadas em consideração no momento da aferição da responsabilidade civil dos profissionais médicos, tendo em vista que, por força de lei, a internação, mesmo que consentida, somente poderá ser “realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º). Assim, um risco improvável de conduta suicida não conduz à indicação médica de internação, mas só os casos considerados como de risco razoável e provável, de modo a assegurar os direitos previstos na referida lei.⁴⁵

⁴² STJ, HC 130.155/SP, Terceira Turma, Rel. Min. Massami Uyeda, julg. 04 mai. 2010, publ. 14 mai. 2010.

⁴³ Cf. SARLET, Ingo Wolfgang. Internação obrigatória não pode ser utilizada de modo generalizado. *Conjur*, 9.12.2016.

⁴⁴ Mencione-se, ainda, que atualmente, a internação em decorrência do abuso de substâncias psicoativas está tratada na Lei nº 13.840/2019, que alterou a Lei 11.343/2006, tendo disciplinado as internações voluntária e involuntária, sendo de igual modo reservada àquelas hipóteses em que as outras espécies de intervenção se mostrarem insuficientes (art. 23-A).

⁴⁵ Seja consentido indicar: ALMEIDA JUNIOR, Vítor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 106-117.

Desse modo, insta repisar que do mesmo jeito que um profissional pode ser responsabilizado pela ausência de recomendação para internação, também o é se indicou desnecessariamente a internação, notadamente se observado o modelo extra-hospitalar adotado pela lei ordinária em vigor.

Eduardo Mauricio Espector defende que a responsabilidade do profissional pode surgir indistintamente se paciente estiver internado ou se o tratamento for unicamente ambulatorial. Diante disso, entende que “enquanto o dever de prevenir o suicídio é maior no paciente internado do que no ambulatório, a responsabilidade com relação a este último surgirá se este risco era previsível e o profissional não tomou as obrigatórias medidas preventivas razoáveis de cuidado para evitar que este risco se concretize, entre elas, a internação em local especializado”.⁴⁶

Diante do quadro apresentado, a internação psiquiátrica involuntária é medida excepcional, a ser manejada em benefício e para fins de proteção do paciente, que deverá perdurar pelo menor tempo possível e ser interrompida sempre que for solicitado de forma autônoma e consciente, em respeito à sua vontade, evitando-se situações de desproporcionais e desarrazoadas de internação psiquiátricas, o que impõe, inclusive, o controle do Poder Judiciário, em que pese a ausência de previsão legal em sua Lei de regência.

Por isso, é fundamental para fins de resgate da autonomia da pessoa com transtorno ou deficiência mental que as internações psiquiátricas involuntárias obedeçam a sua finalidade como medida de proteção, excepcional e temporária, com vistas à reinserção ao convívio familiar e como medida *in extremis*, ou seja, quando os demais recursos terapêuticos se revelarem ineficazes. A responsabilidade civil é instrumento importante para fins de compensação do dano sofrido pelo paciente involuntariamente e prolongadamente internado sem observância das prescrições legais e deontológicas, que são cristalinas na promoção do consentimento livre e informado e da autodeterminação do paciente psiquiátrico.

5. Conclusão

O Brasil aboliu o modelo asilar de intervenção psiquiátrica, optando por um tratamento humanizado pautado, primordialmente, pela atenção ambulatorial por meio dos CAPS e

⁴⁶ ESPECTOR, Eduardo Mauricio. El suicidio y la responsabilidad profesional. Algunas cuestiones a tener en cuenta. *Sinopsis*, año 22, n. 41, abr./2006, p. 23.

hospital-dia. Preservou os leitos de hospitais psiquiátricos para os casos extremos de internação psiquiátrica voluntária, involuntária e compulsória, respeitados os requisitos da lei e os fins da medida.

A internação será sempre uma medida *in extremis* para os casos nos quais o paciente não pode ser tratado no ambulatório e se estiver oferecendo riscos de autolesão ou lesão a terceiros.

Em quaisquer das modalidades previstas, a internação requererá atenção multiprofissional e não apenas farmacológica, cabendo ao médico responsável articular um projeto terapêutico em conjunto com os demais profissionais a serem envolvidos, de acordo com a demanda específica do paciente.

O consentimento informado é fundamental para respeitarem-se os direitos do paciente psiquiátrico. Trata-se de um direito expressamente previsto na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, sendo vedada a internação forçada. Até mesmo o paciente submetido à curatela deve participar, na medida de suas condições, sobre as decisões pertinentes ao seu tratamento.

De acordo com a LBI e a CDPD o paciente consciente e orientado não pode ser constrangido à internação em virtude de o familiar que o internou não consentir com a sua alta. Essa providência diz respeito ao médico e ao paciente.

Uma internação psiquiátrica involuntária prolongada que desatende aos perfis estrutural e finalístico talhados na lei viola os direitos à autonomia, à integridade, à saúde e à liberdade da pessoa que foi a ela submetida.

A responsabilidade civil do médico pela internação psiquiátrica involuntária emerge da culpa assim caracterizada pela dissonância entre a atuação profissional e as normas legais e deontológicas. O caso paradigma mostra a culpa objetiva do médico na admissão da paciente, na omissão do projeto terapêutico, na recusa de sua alta. A responsabilidade civil do hospital empregador do médico é subsidiária e solidária nos termos do art.932, do Código Civil e do Código de Defesa do Consumidor.

Referências

ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria

Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

ALMEIDA, Vitor. *A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

ALMEIDA, Vitor. A trajetória de inclusão das pessoas com deficiência psíquica: diálogos entre o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Lei da Reforma Psiquiátrica. *Revista Contexto Jurídico*, vol. 07, n. 1, 2021.

BERLINK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Monica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana Psicopatía. Fund.*, vol. 11., n. 1. São Paulo: mar./2008.

BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz. À guisa de introdução: o multifacetado conceito de profissional liberal. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coords.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arq. bras. psicol.*, vol. 63, n. 2. Rio de Janeiro: 2011.

ESPECTOR, Eduardo Mauricio. El suicidio y la responsabilidad profesional. Algunas cuestiones a tener en cuenta. *Sinopsis*, año 22, n. 41, abr./2006.

FEITOSA, Kellida Moreira Alves; SILVA, Tâmara; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo; SANTOS JR., Hudson Pires de Oliveira. (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, vol. 14, n. 1. São Paulo: abr./2012.

FROTA, Pablo Malheiros Cunha; COSTA, José Pedro Brito da. A responsabilidade hospitalar pela atividade médica autônoma: uma questão de coligação contratual. *Revista IBERC*, vol. 1, n. 1, 2018.

PEREIRA, Paula Moura Francesconi de Lemos. Artigos 11 e 12. In: BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor (Coord.). *Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência à luz da Constituição da República*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2021.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. *Revista de Direito Sanitário*, vol. 12, n. 3, nov./2011-fev./2012.

RIBEIRO, Gustavo; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Consentimento informado em intervenções médicas envolvendo pessoas com deficiência intelectual ou psicossocial no Brasil e a questão das barreiras atitudinais. In: MENEZES, Joyceane Bezerra; CAYCHO, Renato Constantino; BARIFFI, Francisco José (Coord.). *Capacidade jurídica, deficiência e direito civil na América Latina*: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e Peru. Indaiatuba, SP: Foco, 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. Internação obrigatória não pode ser utilizada de modo generalizado. *Conjur*, 9.12.2016

SCHULMAN, Gabriel. *Saúde mental, drogas e internação forçada: se quiser fumar fuma, se quiser beber bebe?*. Indaiatuba, SP: Foco, 2020.

SOUZA, Eduardo Nunes de. Responsabilidade civil dos médicos e dos profissionais da saúde. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Coord.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

STEEL Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel, V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*, 2014, 43(2): 476-493.

TAVARES, Izabella de Góes Anderson Maciel et al. Eventos adversos em uma unidade de internação psiquiátrica. *Escola Anna Nery*, n. 26, 2022.

TEPEDINO, Gustavo. A responsabilidade médica na experiência brasileira contemporânea. *Temas de direito civil*, t. II. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Notas sobre a representação voluntária e o contrato de mandato. *Revista Brasileira de Direito Civil*, vol. 12, n. 2, abr.-jun./2017.

Como citar:

MENEZES, Joyceane Bezerra de; ALMEIDA, Vitor. Responsabilidade civil do médico e dos hospitais pela internação psiquiátrica involuntária prolongada. **Civilistica.com**. Rio de Janeiro, a. 12, n. 3, 2023. Disponível em: <<https://civilistica.emnuvens.com.br/redc>>. Data de acesso.



civilistica.com

Recebido em:

23.12.2023

Publicação a convite.