

FACULDADE DE DIREITO DO SUL DE MINAS – FDSM
MESTRADO EM CONSTITUCIONALISMO E DEMOCRACIA

LORENA DE SOUZA AZEVEDO

**LIBERDADE INDIVIDUAL FRENTE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA:
IMPACTOS SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**

**POUSO ALEGRE - MG
2024**

LORENA DE SOUZA AZEVEDO

**LIBERDADE INDIVIDUAL FRENTE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA:
IMPACTOS SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de mestre em Direito, no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu – PPGD, nível de Mestrado, da Faculdade de Direito do Sul de Minas.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Além Mello
Ferreira

FDSM - MG

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

A9481 AZEVEDO, Lorena

LIBERDADE INDIVIDUAL FRENTE A INTERNAÇÃO
INVOLUNTÁRIA: impactos sobre a dignidade da pessoa humana. /
Lorena Azevedo. Pouso Alegre: FDSM, 2025.
120p. Il.

Orientador: Rafael Além Mello Ferreira .
Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Direito do Sul de Minas,
Programa de Pós-Graduação em Direito.

1. internação involuntária. 2. dignidade da pessoa humana. 3. direitos
fundamentais. 4. pessoa com deficiência. I Além Mello Ferreira , Rafael. II
Faculdade de Direito do Sul de Minas. Programa de Pós- Graduação em
Direito. III Título.

CDU 340

Lorena de Souza Azevedo

**LIBERDADE INDIVIDUAL FRENTE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA:
impactos sobre a dignidade da pessoa humana**

Data de aprovação: 13/03/2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Rafael Além Mello Ferreira – FDSM (Orientador)

Prof. Dr. Edson Vieira da Silva Filho - FDSM

Prof. Dr. Rafael Vieira Figueiredo Sapucaia – PUC-Minas

Pouso Alegre

DEDICATÓRIA

*A todos aqueles que foram silenciados
pelos hospitais psiquiátricos.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, pois sem ele nada seria possível. Agradecer pela minha saúde, pela minha família, e por ter me permitido avançar mais esse passo em minha trajetória profissional.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer a minha família, meus pais, Angélica e José Maria e o meu irmão Yuri, por terem sido meu alicerce durante esses dois anos. Por terem me dado apoio físico, mental e financeiro. Tudo que sou é graças a eles e por eles.

Não poderia deixar de agradecer ao meu amigo Diego, que sempre me incentivou durante todo o mestrado e me deu forças quando eu queria desistir. Obrigada por ter acreditado em mim. Meu namorado, Lucas, obrigada pela compreensão, por entender minha ausência e cansaço nos finais de semana, pelos conselhos e pelo incentivo.

Em especial, gostaria de agradecer meu orientador, Prof. Dr. Rafael Além Mello Ferreira, por entender minhas dificuldades e sempre me incentivar a concluir os desafios. Se não fosse por você eu não teria chegado até aqui. Agradeço também aos demais professores pelos conhecimentos transmitidos ao longo desses dois anos e aos demais funcionários da FDSM que sempre se mostrara muito solícitos e atenciosos.

RESUMO

A presente dissertação analisa os impactos da internação involuntária sobre a liberdade individual e a dignidade da pessoa humana, com foco na legislação brasileira e na evolução histórica dos tratamentos psiquiátricos. O estudo parte de uma abordagem interdisciplinar, abrangendo aspectos jurídicos, históricos e sociais, para investigar o conflito entre a autonomia individual e as intervenções estatais no campo da saúde mental. Há uma abordagem do tratamento realizado com as pessoas com deficiência mental no decorrer dos últimos séculos, além de análise de tratados e legislações internacionais sobre o tema abordado. Expõe uma visão sobre o tratamento cruel suportado por esse grupo que na maior parte da história não tiveram seus direitos respeitados ou sequer eram vistos como seres humanos cuja dignidade deveria ser preservada. A pesquisa examina o papel da Lei nº 10.216/2001 e da Lei nº 13.146/2015 no contexto da Reforma Psiquiátrica, confrontando-as com os direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988. Além disso, analisa julgados dos tribunais superiores brasileiros sobre a temática, destacando tensões entre direitos individuais e práticas institucionais, além do posicionamento vigente atual. A metodologia empregada incluiu revisão bibliográfica e análise qualitativa, permitindo a identificação de desafios estruturais e normativos que comprometem a consolidação de um sistema inclusivo e respeitoso. O estudo indicou que, apesar das evoluções no ordenamento jurídico brasileiro nos últimos anos, ainda persistem diversas lacunas nas leis, além da possibilidade de melhoria das já existentes. Ao final, a dissertação propõe reflexões críticas e medidas para o fortalecimento de políticas públicas que equilibrem liberdade, proteção e dignidade no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

Palavra-chave: internação involuntária; dignidade da pessoa humana; direitos fundamentais; pessoa com deficiência.

ABSTRACT

This dissertation examines the impact of involuntary hospitalization on individual freedom and human dignity, focusing on Brazilian legislation and the historical evolution of psychiatric treatments. The study adopts an interdisciplinary approach, encompassing legal, historical, and social aspects, to investigate the conflict between individual autonomy and state interventions in mental health care. There is an approach to the treatment carried out with people with mental disabilities over the last few centuries, in addition to an analysis of international treaties and legislation on the topic addressed. It exposes a vision of the cruel treatment endured by this group, who for most of history did not have their rights respected or were even seen as human beings whose dignity should be preserved. It explores the role of Law No. 10.216/2001 and Law No. 13.146/2015 within the context of the Psychiatric Reform, comparing them with the fundamental rights guaranteed by the Federal Constitution of 1988. Additionally, it analyzes rulings from Brazilian higher courts on the subject, highlighting tensions between individual rights and institutional practices, in addition to the current positioning. The methodology employed includes a bibliographic review and qualitative analysis, identifying structural and normative challenges that hinder the consolidation of an inclusive and respectful system. The study indicated that, despite developments in the Brazilian legal system in recent years, several gaps in the laws still persist, in addition to the possibility of improving existing ones. Finally, the dissertation offers critical reflections and proposes measures to strengthen public policies that balance freedom, protection, and dignity in the treatment of individuals experiencing psychological distress.

Keyword: involuntary hospitalization; dignity of the human person; fundamental rights; person with a disability.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DO TRATAMENTO MANICOMIAL	15
1.1 A história e evolução do tratamento manicomial.....	15
1.2 A evolução do tratamento manicomial no Brasil.....	20
1.3 O tratamento as pessoas com transtornos mentais no mundo	27
1.4 Evolução da legislação internacional	34
1.5 Leis dos países americanos e europeus sobre a internação compulsória.....	39
2 OS DIREITOS INDIVIDUAIS DA PESSOA HUMANA E OS MÉTODOS UTILIZADOS PARA TRATAR OS DOENTES MENTAIS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	44
2.1 Os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana.....	44
2.2 Os tratamentos utilizados no tratamento manicomial/asilar	50
2.3 Aspectos de violação dos direitos fundamentais no tratamento manicomial	54
3 O TRATAMENTO MANICOMIAL E AS ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS BRASILEIRAS	61
3.1 O tratamento manicomial após o advento da lei 10.216/2001	61
3.2 Uma Análise da Lei 10.216/01 sob a Lente da Dignidade da Pessoa Humana	69
3.3 A Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146/15) e a internação involuntária.....	73
4 DECISÕES DOS TRIBUNAIS SUPERIORES SOBRE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA/COMPULSÓRIA	87
5 O CONFLITO ENTRE O DIREITO DE IR E VIR E A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112

INTRODUÇÃO

A relação entre liberdade individual e internação involuntária se trata de um tema complexo e pouco debatido, considerando a relevância de sua discussão e consequência na sociedade de forma geral. A liberdade individual consiste em um dos pilares das sociedades democráticas, assegurando que todos os cidadãos tem o direito de autonomia sobre suas escolhas e, conseqüentemente, seus destinos. Todavia, em determinadas situações, como no campo da saúde mental, surgem cenários nos quais a segurança e o bem-estar do indivíduo ou da sociedade podem justificar intervenções que limitam a liberdade pessoal. Essa matéria adquire uma dimensão ética significativa na medida em que envolve a possibilidade de restringir direitos fundamentais em prol da proteção do direito à saúde, gerando um conflito entre os princípios da autonomia individual e o dever do Estado de intervir em situações de risco.

O conceito de internação involuntária está inserido na discussão abordada nesse trabalho, uma vez que envolve a privação da liberdade de uma pessoa para tratamento médico sem o seu consentimento. Esse tipo de intervenção está regulamentado pela Lei nº 10.216/2001, que estabelece direitos e critérios a serem seguidos para a sua aplicação. Contudo, mesmo com a legislação em vigor tratando sobre o tema, ainda persistem preocupações recorrentes acerca de possíveis abusos e violações de direitos humanos referente a aplicação da intervenção abordada. Essas preocupações são ainda mais relevantes quando se considera o histórico do tratamento psiquiátrico no Brasil, marcado por práticas de segregação e violações da dignidade humana em instituições manicomiais.

Historicamente, os tratamentos psiquiátricos evoluíram de métodos rudimentares e frequentemente desumanos para abordagens que procuram equilibrar as necessidades terapêuticas com o respeito à dignidade do paciente e seus direitos individuais. Nos séculos XVIII e XIX, os manicômios foram criados como espaços destinados a isolar indivíduos considerados perigosos ou inadequados à convivência social, muitas vezes sob a justificativa de oferecer cuidados. Entretanto, essas instituições frequentemente se tornaram locais de abuso, onde práticas desumanas e negligência agravavam o estado de saúde dos internados. Os relatos históricos sobre a falta de critérios éticos nesses tratamentos demonstram que, por muito tempo, a sociedade via os doentes mentais mais como objetos de controle do que como sujeitos de direitos.

No Brasil, esse modelo permaneceu predominante até as últimas décadas do século XX, quando movimentos sociais e profissionais começaram a questionar o

paradigma manicomial. A promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco nesse processo, ao estabelecer a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. Essa mudança de perspectiva encontrou respaldo na Lei nº 10.216/2001, que consolidou a Reforma Psiquiátrica e buscou substituir o modelo manicomial por um sistema baseado na proteção de direitos e na inclusão social. A legislação não apenas regulamenta a internação involuntária, mas também incentiva o cuidado em liberdade como princípio norteador do tratamento psiquiátrico considerando tal medida excepcional.

Acontece que apesar do avanço da legislação sobre esse tema, a consolidação das mudanças é obstruída por diversos desafios, inclusive estruturais. O sistema de saúde mental brasileiro enfrenta, ainda nos dias de hoje, uma escassez de recursos, somada à desigualdade de acesso aos serviços e o estigma social que acompanha as pessoas em sofrimento psíquico. As dificuldades citadas comprometem a aplicação plena dos princípios estabelecidos nas leis e reforçam a necessidade de uma análise crítica das práticas adotadas. Como equilibrar o direito à liberdade com a necessidade de intervenções que garantam a segurança e o bem-estar do paciente e da sociedade?

A saúde mental, em sua complexidade, não se restringe apenas à cura de doenças ou ao tratamento de crises momentâneas. Ela envolve a promoção do bem-estar integral do indivíduo, abrangendo sua capacidade de lidar com os desafios diários, de manter relações saudáveis e de participar ativamente da sociedade. Por isso, é fundamental que as políticas públicas relacionadas ao cuidado em saúde mental considerem não apenas a intervenção em momentos críticos, mas também a prevenção e a manutenção de um ambiente favorável ao bem-estar psicológico em longo prazo. A integração de cuidados preventivos ao sistema de saúde mental pode reduzir a incidência de internações involuntárias e, ao mesmo tempo, fortalecer a rede de apoio comunitária.

Para explorar essa questão, este trabalho parte de uma análise detalhada das legislações nacionais, com destaque para as Leis nº 10.216/2001 e nº 13.146/2015, confrontando-as com os Direitos Sociais e Fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988. Além disso, será investigado como os tribunais superiores brasileiros têm interpretado e aplicado essas normas, considerando o impacto das decisões judiciais na consolidação de práticas que respeitem a dignidade humana.

Outro aspecto importante é a tensão entre os direitos individuais e as exigências do tratamento psiquiátrico compulsório. O princípio da dignidade humana, um dos alicerces do ordenamento jurídico brasileiro, está intrinsecamente ligado à autonomia do

indivíduo. No entanto, a internação involuntária, ao restringir essa autonomia, apresenta-se como uma medida excepcional que deve ser rigorosamente justificada. Por exemplo, quais são os critérios éticos e jurídicos que balizam essa decisão? Em que circunstâncias a intervenção é considerada legítima, e como evitar abusos? Essas questões são centrais para compreender a adequação das normas vigentes aos direitos fundamentais.

No âmbito da saúde mental, a análise também requer um olhar para a evolução histórica das práticas psiquiátricas no Brasil. Antes da Constituição de 1988, prevalecia um modelo de exclusão, no qual os pacientes eram institucionalizados por longos períodos, muitas vezes sem perspectiva de reintegração à sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, houve uma tentativa de romper com esse paradigma, mas os avanços têm sido lentos e desiguais. Assim, este trabalho busca não apenas avaliar as mudanças legislativas, mas também compreender se elas têm sido efetivas na transformação das práticas e na garantia de um tratamento mais humanizado.

A colaboração entre os diferentes setores da sociedade, como saúde, educação e assistência social, é um elemento crucial para o sucesso de um modelo de tratamento psiquiátrico baseado no respeito à dignidade humana. Quando esses setores trabalham de forma integrada, conseguem proporcionar um acompanhamento mais amplo e eficaz, que vai além do tratamento médico. Programas que ofereçam treinamento e sensibilização para educadores, empregadores e profissionais de saúde podem contribuir para a diminuição de barreiras que dificultam a integração dos indivíduos com transtornos mentais, promovendo uma abordagem mais inclusiva e menos discriminatória.

Além disso, devem ser criados espaços seguros e inclusivos onde as pessoas com transtornos mentais possam se expressar sem medo de julgamento. A sociedade muitas vezes ignora ou marginaliza aqueles que enfrentam dificuldades psicológicas, o que contribui para a exclusão social e o agravamento dos problemas. É necessário criar canais de comunicação que permitam que essas pessoas sejam ouvidas e entendidas, seja por meio de grupos de apoio, programas educacionais ou iniciativas que promovam o compartilhamento de experiências. A construção de uma sociedade mais empática e solidária pode ser o primeiro passo para a redução do estigma associado à saúde mental.

A internação involuntária, por mais que seja necessária em determinados casos, não pode ser vista como uma solução única ou definitiva para os problemas de saúde mental. O acompanhamento pós-internação é essencial para garantir que o paciente possa retomar suas atividades cotidianas de forma gradual e com o suporte adequado. A integração social, o acesso ao trabalho, à educação e ao lazer são fundamentais para que

o indivíduo se recupere plenamente, não apenas do ponto de vista médico, mas também do ponto de vista emocional e social.

Finalmente, a sociedade precisa entender que a questão da saúde mental é uma responsabilidade coletiva. Todos têm um papel a desempenhar na construção de um ambiente mais acolhedor, que ofereça apoio e recursos para aqueles que enfrentam dificuldades psicológicas. Ao invés de marginalizar e estigmatizar, a sociedade deve ser incentivada a promover a aceitação, o entendimento e o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Somente por meio desse esforço conjunto será possível criar uma cultura de respeito, inclusão e dignidade para todos, independentemente de sua condição mental.

Ante o exposto, em busca de se criar um raciocínio crítico sobre o tema, o primeiro capítulo apresenta um contexto histórico sobre o início das internações psiquiátricas no Brasil e no mundo, relatando como eram vistos os doentes mentais na sociedade com o passar dos séculos. Além disso, este tópico também apresenta um aprofundamento sobre a legislação internacional, a fim de se trazer um liame com o contexto brasileiro.

Neste sentido, o capítulo seguinte visa elucidar os direitos constitucionais da pessoa com deficiência em confronto com os métodos utilizados no tratamento psiquiátrico para concluir se existe um conflito entre eles ou se convivem de forma harmoniosa trazendo melhorias no estado psíquico do paciente. Intenta-se ainda, analisar, do ponto de vista jurídico, se houve alteração no tratamento dos pacientes internados após o advento da Constituição Federal de 1988.

Posto isto, o capítulo subsequente analisa as alterações nas políticas nacionais de tratamento do doente mental após a Lei 10.216/01 e se, a partir da vigência da Lei 13.146/15 houve alguma modificação na legislação anterior ou se as duas, por terem objetivos semelhantes, vigem em consonância quanto à proteção dos direitos das pessoas com deficiência.

Ademais, tendo em vista que o enfoque do estudo gira em torno da internação involuntária e seus desdobramentos, após o estudo das legislações vigentes, o capítulo posterior aborda as peculiaridades das modalidades de internação que são realizadas sem o consentimento do paciente, com intuito de observar se os direitos deste são de fato preservados, uma vez que se encontra diante de uma nítida violação do direito de ir e vir.

Nesta seara, apesar de ser uma temática interdisciplinar, uma vez que o referido estudo se trata de uma pesquisa jurídica, o capítulo posterior discorre de maneira detalhada sobre os julgados dos tribunais superiores no que diz respeito a internação

involuntária no Brasil após a vigência da Lei 10.216/01 e da Lei 13.146/15, com intuito de trazer posicionamentos da área do direito e discorrer sobre a opinião dos ministros sobre o assunto em apreço, realizando uma confrontação com a Constituição Federal e a Dignidade da Pessoa Humana. Por fim, o último capítulo traz um tópico sobre o conflito aparente em os direitos fundamentais do paciente frente e a internação involuntária.

Justifica-se esta pesquisa pela importância de aprofundar o debate sobre a aplicação da internação involuntária em um contexto que respeite os direitos fundamentais. Trata-se de um tema de relevância não apenas jurídica, mas também social, que afeta diretamente a vida de pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias. No Brasil, onde o sistema de saúde mental ainda enfrenta desafios históricos e estruturais, a reflexão crítica sobre essas práticas é essencial para a formulação de políticas públicas que promovam o equilíbrio entre proteção e autonomia, garantindo um tratamento mais humano e inclusivo.

No que tange à metodologia utilizada, a pesquisa se desenvolverá por meio do recurso metodológico bibliográfico, com base no estudo de livros, portais de periódicos, legislações, sites e pesquisas científicas que abordem algo semelhante ao assunto em análise. Dito isto, foi realizada uma abordagem qualitativa em busca de melhor explicar o tema e adequá-lo à legislação vigente. Ao longo da dissertação, serão citados autores clássicos que dedicaram a vida para tratar da psiquiatria e da loucura, bem como autores contemporâneos com intuito de trazer um aprofundamento sobre o assunto do tratamento psiquiátrico, a dignidade da pessoa humana e a internação involuntária.

A forma de pesquisa será através de livros e artigos científicos com temas referentes ao assunto tratado na atual pesquisa. Haverá o levantamento bibliográfico, a leitura e seleção dos materiais pertinentes. Será realizada a leitura seletiva, a fim de buscar o que mais se adeque, reflexiva, de forma a buscar uma conclusão e analítica.

Por fim, serão analisados os seguintes materiais bibliográficos físicos e on-line: livros, artigos periódicos e legislação, que estão disponíveis da rede mundial de computadores e acervo da instituição de ensino

Assim, este trabalho busca contribuir para o avanço das discussões sobre a internação involuntária, oferecendo uma análise crítica que considere os aspectos históricos, jurídicos e éticos envolvidos. Ao explorar as tensões entre liberdade individual e intervenção estatal, pretende-se fornecer subsídios para a construção de soluções mais equilibradas e que respeitem integralmente a dignidade humana.

1 CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DO TRATAMENTO MANICOMIAL

Antes de adentrar em uma análise específica sobre o tratamento manicomial e os direitos da pessoa com deficiência, mister se faz compreender um contexto histórico sobre o início das internações psiquiátricas no âmbito global e no Brasil, para então contextualizar com a realidade atual. Posto isto, este primeiro ponto terá como objetivo realizar uma abordagem geral sobre a evolução do tratamento da loucura ao longo dos anos, em especial, quando se deu início as internações manicomiais.

1.1 A história e evolução do tratamento manicomial

Para compreender a sociedade moderna é muito importante realizar um contexto histórico do que já foi vivenciado no passado, posto que, à medida que os povos se transformam e o pensamento evolui, a cultura também é diretamente afetada. Por este motivo, uma prática realizada na idade média atualmente pode ser considerada um absurdo, seja pela evolução do homem, ou pelas divergências de pensamento. Ademais, a depender do contexto que é estudado, é possível perceber diversas alterações no pensamento humano, e consequentemente, na vivência em sociedade.

Posto isto, da idade média para cá, a forma em que o paciente portador de doença mental era tratado sofreu drásticas alterações, tendo em vista que o pensamento humano e as crenças estão em constantes mudanças, assim como a medicina e as tecnologias.

Segundo Arruda Neto (2005), a intolerância contra os doentes mentais nem sempre prevaleceu ao longo da história, tanto é que entre os povos antigos os problemas psiquiátricos eram tidos como algo iluminado que aproximava os indivíduos da divindade. Nesta época surgem os oráculos, indivíduos que sofriam de algum distúrbio psíquico e que, devido às crenças do período, era considerado como a voz dos deuses na terra.

Foi somente na Idade Média, nos séculos V a XV que o preconceito contra os loucos se alastrou, sendo certo que tal período é considerado pelos estudiosos da saúde mental como o "marco referencial da mudança de postura para com os acometidos por

transtornos psíquicos". (ARRUDA NETO, 2005). A partir de então, surge à exclusão e marginalização das pessoas com deficiência, sendo considerada a escória da sociedade.

Contudo, apesar de os manicômios serem uma novidade da Idade Média, Sanchez, *et al.*, (2000), dispõe que, retirar os doentes mentais de seus lares para interná-los compulsoriamente não é uma prática recente na sociedade, de maneira que desde o século VII existiam relatos de ambientes nos quais estas pessoas eram isoladas do seu convívio usual.

Ainda neste período, especificamente entre os séculos XV e XVI, surgem os primeiros manicômios com intuito de abrigar os loucos excluídos pela família e pela sociedade. Nesta época, eram abrigos de cunho religioso criados especificamente para afastar as minorias da sociedade e não possuíam qualquer aptidão médica para o tratamento dos doentes mentais (MENDES; MENEZES, 2013).

A queda do poder dos senhores feudais pelo fortalecimento do poder centralizador dos monarcas aliado à ascensão da burguesia, o acesso aos conhecimentos e o fluir das informações, agregado à crise da Igreja Católica, depois de frustradas tentativas de inibição da sexualidade dos religiosos da época acabaram por ocasionar um descontentamento político e religioso. Neste contexto, homens e mulheres, crianças, adolescentes, adultos e idosos, pessoas com limitações físicas, perturbados ou somente hereges e contestadores eram perseguidos pela população e torturados pelos Tribunais da Inquisição (COSTA, 2003).

No período seguinte, durante o século XVII que ficou conhecido como a "Era da Razão e da Observação", o mundo passou por uma evolução do raciocínio, em especial no que tange a dedução e a matemática. Logo após, na França do final do Século XVIII, período que se seguiu à Revolução, um médico chamado Philippe Pinel foi incumbido pela Assembleia Francesa de realizar um ordenamento em dois locais onde se misturavam excluídos de toda ordem (COSTA, 2003).

A influência das ideias de Pinel é percebida com a retirada das correntes que aviltavam os alienados dos Hospitais Psiquiátricos Bicêtre e Salpêtrière em Paris e o tratamento categórico dos pacientes, que agora seriam diagnosticados antes de serem submetidos ao tratamento psiquiátrico (PESSOTTI *apud* MENDES; MENEZES, 2013).

Diante dos posicionamentos de Philippe Pinel voltados a uma terapêutica digna aos pacientes, ele foi considerado o pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna, sendo o primeiro a tratar os pacientes de forma mais humana, priorizando a valorização de seus direitos. Este foi o marco inaugural para o surgimento da medicina mental ou psiquiatria.

Entre os objetivos e opiniões deste médico francês sobre o tratamento manicomial é possível concluir que este propunha a observação dos sujeitos de forma categórica, para o oferecimento de um tratamento médico específico dentro das instituições. Dessa forma, após diversos estudos, Pinel chegou ao desenlace de que as doenças mentais surgiam de acidentes físicos, causas hereditárias ou até mesmo tensões sociais, que deviam ser combatidas por meio de um tratamento humanitário, estabelecendo a doença como um problema moral (PACHECO, 2009).

Ao longo do século XIX, a busca de explicações para a loucura por meio de pesquisas baseadas em estudos sobre o sangue e dessecação dos cérebros tomou conta da recém-criada Psiquiatria. Ocorre que, a exclusão e os maus tratos defendidos pelos hospitais pinelianos, voltados para uma administração rígida, passaram a ser questionados pelos defensores de tratamentos não violentos. Posto isto, no final do século XIX, passaram a ser criados espaços nas zonas rurais da cidade onde os deficientes mentais poderiam ser tratados e exercer de maneira mais humanizada seu direito a liberdade (COSTA, 2003).

A partir daí, o ambiente manicomial que a pouco foi criado para tratar os doentes mentais passou a se tornar uma forma intensa de menosprezar os indivíduos acometidos de alguma enfermidade e tortura-los de formas inimagináveis pela sociedade. Cada vez mais, o louco é isolado da sua vida comum, sendo internado contra sua vontade e servindo de cobaia para as pesquisas realizadas.

A ideia de expansão sem limites como única forma de concretizar a esperança de acumulação infinita de capital, que gera um acúmulo desmedido de poder, torna praticamente inviável a criação de novos grupos políticos, que até o período imperial sempre eram frutos da conquista. De fato, o resultado lógico disso é a aniquilação de todas as comunidades socialmente ativas, seja dos povos subjugados ou do próprio povo que conquistou. Porque, se toda estrutura política, seja ela nova ou antiga, desenvolve naturalmente forças de estabilização que resistem à sua mudança, todos os corpos

políticos parecem barreiras passageiras, quando considerados como elementos da contínua acumulação de poder (Hobbes, 1935). As pessoas com transtornos mentais, tratando-se de um grupo minoritário e que, por muitas vezes, incapazes de lutarem por seus direitos, se tornarem indesejados, vítimas que foram expostas a todo tipo de tratamento desumano.

De acordo com Hobbes, o poder é a capacidade de controlar, ajustar os preços e regular a oferta e a demanda de maneira que favoreça aqueles que o detêm. O indivíduo, inicialmente isolado, percebe, do ponto de vista de uma minoria absoluta, que só pode alcançar seus objetivos e interesses com o apoio de algum tipo de maioria. Assim, se o ser humano é movido exclusivamente por seus próprios interesses, o desejo de poder torna-se sua paixão predominante. Esse desejo, juntamente com o poder, é o que orienta as relações entre o indivíduo e a sociedade, influenciando todas as demais ambições, já que riqueza, conhecimento e fama são suas consequências naturais (HOBBS, 1935).

Desse raciocínio, surge a segregação de minorias cujas vozes são silenciadas a fim de agradar um grupo maior que, por vezes, preferem esconder um problema ao invés de buscar uma solução.

A perseguição de grupos sem poder ou em vias de perdê-lo pode não ser um espetáculo agradável, mas não se origina apenas da mesquinhez humana. O que faz com que as pessoas obedeçam ou tolerem o poder, ao mesmo tempo que desprezam aqueles que possuem riqueza sem influência, é a percepção de que o poder desempenha uma função específica e possui certa utilidade coletiva. Mesmo a exploração e a opressão podem impulsionar a sociedade ao trabalho e ao estabelecimento de alguma ordem. Por outro lado, a riqueza sem poder ou o distanciamento altivo de um grupo que, embora influente, não se envolve politicamente, são vistos como parasitários e repulsivos. Isso ocorre porque, nessas circunstâncias, desaparecem os vínculos mínimos que conectam as pessoas. A riqueza que não explora rompe até mesmo a relação entre explorador e explorado; já o distanciamento político reflete a total indiferença do opressor em relação ao oprimido. (ARENDR, 2013)

Ainda para Hobbes (1935), nos padrões burgueses, aqueles que não têm sucesso e são privados de sorte são automaticamente excluídos da competição, considerada o núcleo da vida social. A boa sorte é associada à honra, enquanto a má sorte é vista como motivo de vergonha. Ao transferir seus direitos políticos para o Estado, o indivíduo

também lhe delega suas responsabilidades sociais, solicitando que este o libere do dever de cuidar dos pobres, assim como pede proteção contra criminosos. Nessa lógica, não há mais distinção entre mendigos e criminosos — ambos são considerados excluídos da sociedade. Aqueles que fracassam perdem a virtude herdada da civilização clássica, e os infelizes já não podem contar com o amparo da caridade cristã. Referido pensamento se estende aos “loucos”, que nessa lógica se passavam por indivíduos abandonados por Deus e deixados à própria sorte.

Todo homem e todo pensamento que não é útil, e não se conforma ao objetivo final de uma máquina cujo único fim é a geração e o acúmulo de poder, é um estorvo perigoso. Em sendo um estorvo, utilizaram dos hospitais psiquiátricos para tirar do seio social, aqueles que não possuíam serventia. Isso se aplicava, não apenas aos doentes mentais, mas as mulheres solteiras, aos negros, homossexuais e outras classes minoritárias tidas como empecilho para os senhores detentores de maior poder social à época.

A Declaração dos Direitos do Homem, proclamada no final do século XVIII, marcou uma transformação histórica significativa. Ela estabelecia que, a partir de então, o Homem, e não mais à vontade divina ou os costumes históricos, seria a base da Lei. Desconsiderando os privilégios que a história havia atribuído a certas classes sociais ou nações, a declaração simbolizava tanto a emancipação do ser humano de qualquer forma de tutela quanto o reconhecimento de sua maturidade. Durante o século XIX, consolidou-se a ideia de que os direitos humanos deveriam ser invocados sempre que um indivíduo precisasse de proteção contra a crescente autoridade do Estado e as novas formas de arbitrariedade da sociedade (ARENDDT, 2013).

Hannah (2013), dispõe que os Direitos do Homem, apesar de terem sido definidos como “inalienáveis” devido à sua independência entre os governos, não protegia o indivíduo que deixava de ter um governo, de maneira que, não restava nenhuma autoridade para protegê-lo. Tal fato ocorreu tanto na Europa, no final da Primeira Guerra em que diversas pessoas ficaram apátridas quanto dentro dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil em que os indivíduos deixaram de ser considerados como “homem” diante das situações em que eram submetidos.

O pensamento político do século XIX tratou o conceito de direitos humanos de forma marginal, e nenhum partido liberal do século XX considerou apropriado incorporá-

los ao seu programa, mesmo diante da necessidade urgente de fazer valer esses direitos. A razão parece clara: os direitos civis, ou seja, os diversos direitos que o cidadão possuía em seu país, eram considerados como personificações e enunciações legais dos eternos Direitos Humanos, que, em essência, eram considerados independentes de cidadania e nacionalidade. Todos os indivíduos eram membros de alguma comunidade política: se as leis do seu país não cumpriam os requisitos dos Direitos Humanos, era esperado que, nos países democráticos, elas fossem alteradas por meio de legislação (ARENDR, 2013).

Acontece que ao longo da história, principalmente a partir da Idade Média, como já citado, a loucura é vista como uma negatividade grave, do qual tirava a humanidade da pessoa, passando a ser visto como alguém ou mesmo “algo” inferior.

Na loucura, o homem é separado de sua verdade e exilado na presença imediata de um ambiente em que ele mesmo se perde. Quando o homem clássico perdia a verdade, é porque era rejeitado para essa existência imediata onde sua animalidade causava devastação, ao mesmo tempo em que aparecia essa decadência primitiva que o indicava como originariamente culpado. Quando se falar agora de um homem louco, será designado aquele que abandonou a terra de sua verdade imediata, e que se perdeu (FOUCAULT, 1972, p.415).

Por todo o século XX, buscou-se alterar essa realidade mediante o desenvolvimento de outros modelos hospitalares com intuito de tentar promover um maior grau de interação e democracia entre o paciente e o hospital psiquiátrico. Dentre as experiências mais significativas estão à psiquiatria comunitária idealizada por J.F. Kennedy nos EUA por volta de 1963 e a psiquiatria democrática ou reforma psiquiátrica, de Franco Basaglia na Itália por volta de 1969 (COSTA, 2003).

A reforma psiquiátrica ocasionada por Basaglia na Itália, por sua vez, influenciou o Brasil, tendo as duas, objetivos semelhantes, entre eles o fim dos manicômios e uma modernização da assistência psiquiátrica no trato com os pacientes portadores de transtornos mentais.

1.2 A evolução do tratamento manicomial no Brasil

No Brasil, somente a partir da segunda metade do século XIX, ainda durante o período imperial, que se tem início a assistência psiquiátrica, de maneira que, no período anterior, a experiência da loucura e seu tratamento eram exercidos de forma leiga pela

Igreja Católica onde as freiras eram responsáveis por prestar assistência aos internados (COSTA, 2003).

É no século XX, contudo, que a internação psiquiátrica ganha contornos institucionais que a tornam protagonista nas ações de Estado. Com o advento do Código Civil de 1916 o indivíduo portador de doença mental passa a ser reconhecido como incapaz (BRASIL, 2019).

A cobrança da população quanto à necessidade de criação de um ambiente para separar os indivíduos inoportunos, agregados aos questionamentos dos médicos sobre as instituições asilares fez com que o Estado Imperial construísse um lugar específico para este tratamento. Com isto, em 1852 é criado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro pelo próprio imperador D. Pedro II, para o início da assistência psiquiátrica no país (COSTA, 2003).

Reafirmando as atrocidades ocasionadas nos hospitais psiquiátricos de todo o mundo, Arbex (2013) grande estudiosa e escritora brasileira, trouxe em seu livro “O Holocausto Brasileiro” dados categóricos ao afirmar que cerca de 70% (setenta por cento) das pessoas internadas no Hospital Colônia, situado em Barbacena/MG, não tinham diagnóstico de doenças mentais, eram indivíduos que se rebelavam ou se tornavam incômodos para alguém com maior poder. Os pacientes eram submetidos a tratamentos degradantes, sem qualquer tipo de higiene ou respeito à dignidade humana, comiam ratos, as mães tinham seus filhos roubados, seus corpos eram vendidos entre outras práticas abordadas em seu livro.

A discriminação torna-se o ponto de cristalização de um movimento político, que desejava resolver através da violência e da lei do populacho todos os conflitos e dificuldades naturais de um país multinacional. É através da discriminação que as minorias são isoladas e têm seus direitos violados, sob o prisma de um Estado regulador, que fecha os olhos para as atrocidades existentes em seu meio. Desta forma, a Constituição e as Declarações Internacionais se tornam papéis simbólicos e sem efeitos, diante da nítida violação de direitos de parte da sociedade.

Dessa forma, apesar das constituições e leis mais humanizadas e abrangentes que surgiram no século XX, inúmeras violações ainda aconteciam, mesmo com direitos assegurando que tais agressões não deveriam ocorrer. Sobre os direitos constitucionais, e suas violações, Hannah dispõe:

Não importa como tenham sido definidos no passado (o direito à vida, à liberdade e à procura da felicidade, de acordo com a fórmula americana; ou a igualdade perante a lei, a liberdade, a proteção da propriedade e a soberania nacional, segundo os franceses); não importa como se procure aperfeiçoar uma fórmula tão ambígua como a busca da felicidade, ou uma fórmula antiquada como o direito indiscutível à propriedade; a verdadeira situação daqueles a quem o século XX jogou fora do âmbito da lei mostra que esses são direitos cuja perda não leva à absoluta privação de direitos. O soldado durante a guerra é privado do seu direito à vida; o criminoso, do seu direito à liberdade; todos os cidadãos, numa emergência, do direito de buscarem a felicidade; mas ninguém dirá jamais que em qualquer desses casos houve uma perda de direitos humanos (Arendt, 2013, p.256).

A violação dos direitos humanos se evidencia, primeiramente e principalmente, na falta de um espaço no mundo que valorize a opinião e atue de maneira efetiva. Existe algo mais essencial do que a liberdade e a justiça, que são os direitos do cidadão, em jogo quando um indivíduo deixa de pertencer à comunidade onde nasceu, e quando essa decisão não é fruto de sua livre decisão, ou quando se encontra numa situação onde, a menos que cometa um delito, será tratado de forma independente de suas ações ou omissões.

Nesse sentido, cria-se um paradoxo entre a situação dos judeus no período do nazismo, bem exposta por Hannah e as internações compulsórias no Brasil, pelos considerados loucos e excluídos da sociedade. Em ambos os casos, percebemos a ausência de preservação dos direitos dessa minoria e, quando trazemos uma comparação no âmbito internacional, nos referimos diretamente a uma violação dos direitos humanos, ou mais especificamente, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, produzida em 1789 durante a Revolução Francesa, e a *Petition of Right* (Petição de Direitos), proposta na Inglaterra em 1628.

Importante mencionar que esse paradoxo só é possível de se criar, e só é possível se tratar de violações de direitos, pois, nos dias atuais temos direitos que são preservados e vivemos em uma comunidade organizada em que a Constituição e os Direitos Humanos são tidos como referências invioláveis. Contudo, também é a partir da vida que temos atualmente, que se é possível tratar das nítidas violações ocorridas dentro os hospitais psiquiátricos ou nas salas de concentração dos judeus, em que milhares de pessoas morreram, vítimas de violações que passaram impunes. Tais direitos não serão recuperados, nem que quisermos, uma vez que não se volta atrás com uma vida perdida.

Em 1934, quatro anos após a criação do Ministério da Educação e Saúde, o presidente Getúlio Vargas editou o Decreto 24.559 que dispõe sobre a “profilaxia mental,

a assistência e proteção à pessoa e os bens dos psicopatas, bem como a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (COSTA, 2003). Este decreto foi um importante instrumento no que tange ao tratamento dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos.

Para Amarante (1998), a partir da década de 1960, consolidou-se no Brasil uma verdadeira indústria voltada para lidar com a loucura. Esse modelo gerou um sistema marcado pela corrupção e pela distorção no âmbito da assistência psiquiátrica. Hospitais psiquiátricos conveniados passaram a favorecer a cronicidade das doenças mentais, priorizando o lucro em vez da recuperação dos pacientes. Como consequência, os gastos gerais com a psiquiatria atingiram níveis desproporcionais e continuaram a aumentar, comprometendo recursos que poderiam atender a outras demandas urgentes de saúde pública no país.

No âmbito global, em 1969 ocorria a Convenção Americana (Pacto San José da Costa Rica) e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, a primeira com o objetivo de consolidar neste Continente, dentro do quadro das instituições democráticas, um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito dos direitos essenciais do homem, e a segunda com a vedação de submeter outras pessoas a tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Ambos os instrumentos serviram para reafirmar os direitos dos portadores de doença mental dentro dos hospitais psiquiátricos no Brasil e reforçar a proibição de tratamentos desumanos ou degradantes que até então eram usuais.

Um importante marco para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, de acordo com Amarante (1998), diz respeito à crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental – que, a greve realizada por seus funcionários em abril de 1978, gerou a demissão de 260 colaboradores. A crise ocorreu, por denúncias de funcionários de quatro hospitais do Rio de Janeiro, diante das barbáries ocorridas nos hospitais psiquiátricos.

O que inicialmente parece ser um problema restrito ao Rio de Janeiro acaba ganhando repercussão nacional por diversas razões. Por um lado, devido à importância histórica e cultural da cidade, que já foi a capital federal e ainda é vista como a capital cultural do Brasil. Por outro lado, porque envolve um órgão federal, onde se revela um verdadeiro escândalo na maneira como o Estado lida com a assistência a pessoas com transtornos mentais. Na época, o tema recebeu ampla cobertura da imprensa e foi amplamente discutido por organizações representativas da sociedade civil. De forma

semelhante ao que ocorreu na Europa no período pós-guerra, a sociedade brasileira reage com perplexidade à brutalidade com que as instituições públicas tratam cidadãos doentes ou em situação de vulnerabilidade. A violência praticada nas instituições psiquiátricas é percebida como parte de um cenário maior de abusos cometidos contra presos políticos, trabalhadores e diversos segmentos da população (AMARANTE, 1998).

De acordo com Pitta (2011), os anos 1975 a 1980 merecem enfoque, por serem um grande momento para o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste período, o Brasil recebeu a visita de pessoas como: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel, para participarem de Congressos e levar informações do nosso país. Este foi um fato que cativou aqueles que já estavam com pensamentos inquietos sobre o tratamento manicomial a tomarem iniciativas em busca dos direitos sociais desses pacientes.

No início da década de 1980, surgiu um novo modelo de parceria entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e da Saúde (MS), que marcou uma nova direção nas políticas públicas de saúde. Chamado de "co-gestão", esse acordo previa a participação do MPAS no financiamento, planejamento e avaliação das unidades hospitalares sob a responsabilidade do MS. Com essa abordagem, o MPAS deixou de atuar como simples comprador de serviços do MS, similar ao que fazia com clínicas privadas, e passou a integrar a administração geral e o desenvolvimento do projeto institucional das unidades geridas em conjunto (AMARANTE, 1998).

Ainda neste período, ocorreram no Brasil reuniões importantes para o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) como o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria em 1983 em Belo Horizonte/MG, o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo e o Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado em 1987, sendo este o marco dos diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, gerando o lema “por uma sociedade sem manicômios” (PITTA, 2011). A partir daí, o movimento intitulou o dia 18 de maio como o dia oficial da Luta Antimanicomial.

Em 3 de maio de 1989, a reforma psiquiátrica ganhou destaque nacional com a intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico privado. A ação foi motivada pela descoberta de graves violações, incluindo mortes, que levaram à determinação do fechamento da instituição.

Esse evento abriu caminho para um processo inovador, no qual foi possível estruturar um sistema psiquiátrico inteiramente substitutivo ao modelo tradicional de manicômios. (AMARANTE, 1998).

No espaço anteriormente ocupado pelo hospital, diversas iniciativas foram desenvolvidas, incluindo parcerias com a prefeitura e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, residências assistidas, entre outras ações. Esse movimento em Santos destacou-se como o mais relevante na história da psiquiatria pública brasileira e tornou-se um marco no avanço recente da reforma psiquiátrica no país.

Neste mesmo ano, o deputado Paulo Delgado (PTMG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto possuía três objetivos basilares: a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos para a criação de tratamentos não manicomial de atendimento; e a necessidade de comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (VASCONCELOS *apud* PITTA, 2011).

Precisamente em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde, que dispunha sobre os direitos fundamentais dos pacientes psiquiátricos (JORGE; FRANÇA, 2000).

O avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira acontece a partir do ano 2000. Trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336 e 189 expandem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas portarias, 106 e 1.220, ambas de 2000, instituem os “serviços residenciais terapêuticos (SRT)”. (PITTA, 2011)

Antes desse evento, até poucos anos atrás, a condição psiquiátrica do Brasil era muito dramática. O juízo expresso pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde era negativo: um quadro de ineficácia, ineficiência, baixa qualidade e violação dos direitos humanos.

No Brasil, a Constituição da República de 1988 dispõe expressamente sobre a dignidade da pessoa humana e seus direitos fundamentais, sendo pródiga na defesa de

todos eles, o que tem intensa relação com o movimento antimanicomial assentado nas declarações internacionais que dizem respeito aos Direitos Humanos, em especial do portador de deficiência mental (MENDES; MENEZES, 2013).

Neste contexto, a I Conferência de Saúde Mental em 1987, a Constituição de 1988, a lei federal n. 8.080/90 do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Projeto de lei “Paulo Delgado”, apresentado em 1989, foram imprescindíveis para a análise dos princípios constitucionais em especial dos acometidos por doenças mentais, demonstrando, ainda, a necessidade de participação do Estado para efetivação destes direitos (BRASIL, 2019).

A respeito dos objetivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, importante esclarecer que:

Com o intuito de acabar com os manicômios, o projeto de reforma psiquiátrica no Brasil visava substituir, aos poucos, o tratamento dado até então por serviços comunitários. O paciente seria encorajado a um exercício maior de cidadania, fortalecendo seus vínculos familiares e sociais, e nunca sendo isolado destes. A partir da reforma, o Estado não poderia construir e nem mesmo contratar serviços de hospitais psiquiátricos. Em substituição às internações, os pacientes teriam acesso a atendimentos psicológicos, atividades alternativas de lazer, e tratamentos menos invasivos do que aqueles que eram dados. A família, aqui, teria papel fundamental na recuperação do paciente, sendo a principal responsável por ele. (TOZZE, 2016, online)

Após tantas décadas de luta, o Governo Brasileiro promulgou, com a sanção presidencial, a Lei nº 10.216 em 06 de abril de 2001, sendo que o projeto estava em análise desde meados da década de 90, cujo objetivo principal é o de fazer uma ruptura com o ordenamento jurídico de nosso país no que tange o tratamento das pessoas com problemas psiquiátricos e a internação compulsória, bem como a utilização de práticas desumanas para o “tratamento” dos pacientes. No entanto, mesmo após sua publicação, o fechamento de hospitais que adotavam a referida prática não se deu automaticamente, como por exemplo, o hospital Casa de Saúde Cananéia de Vassouras/Rio de Janeiro, que até 2018 ainda estava em funcionamento (BRASIL, 2019).

Neste diapasão, o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica vai além de uma mera “reforma da assistência psiquiátrica”. Ao emitir uma Lei que *“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”*, “o governo e a sociedade assumem o esgotamento do modelo assistencial vigente” (COSTA, 2003, p.149).

Em 2006, foi aprovada a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), ratificada em 2008 pelo Brasil e em 2015 foi aprovada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15), o que demonstra uma evolução no arcabouço jurídico visando à proteção das pessoas com deficiência mental.

Assim, mesmo diante de dados concretos quanto à violação dos direitos individuais do cidadão e da afronta direta aos Direitos Humanos que o tratamento manicomial traz para seus pacientes, alguns meses após o início do governo Bolsonaro, precisamente em 04 de fevereiro de 2019, foi disponibilizada uma nota técnica pelo Ministério da Saúde impondo alterações significativas na Lei 10.216/01, em especial no que tange a internação compulsória e o tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT).

Frente tantas alterações e instabilidades jurídicas ocasionadas pela indecisão do legislador brasileiro, o cenário da Reforma Antimanicomial torna-se uma preocupação para todo e qualquer cidadão, em especial o jurista que lida diariamente com a Constituição Federal e não pode permanecer inerte diante de tamanha afronta.

1.3 O tratamento as pessoas com transtornos mentais no mundo

Inicialmente, os locais de internação criados na Europa, eram destinados à internação dos leprosos, a fim de evitar um maior contágio social. Desaparecida a lepra e apagado o leproso da memória, essas estruturas permaneceram. Com frequência, nos mesmos lugares, os mecanismos de exclusão reapareceram, curiosamente semelhantes aos originais, séculos depois. Pobres, desabrigados, presidiários e pessoas consideradas mentalmente instáveis ocuparam o lugar que um dia foi dos leprosos. Poderemos observar que tipo de "salvação" é buscada através dessa exclusão, tanto para os marginalizados quanto para aqueles que os afastam. Em um contexto cultural totalmente diferente e com um significado renovado, essa exclusão social rigorosa se combina com uma tentativa de reintegração espiritual (Foucault, 1972).

Foucault (1972), relata que durante cento e cinquenta anos, os doentes venéreos vão ficar lado a lado com os insanos no espaço de uma mesma prisão; e vão atribuir a estes durante muito tempo um certo estigma onde se trará, para a consciência moderna, um obscuro parentesco que lhes destina a mesma sorte e os mesmos lugares no mesmo sistema de punição.

É sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento, contudo, o que não se tem muito conhecimento, de acordo com Foucault (1972) é que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias.

Um marco pode ser considerado: o ano de 1656, quando foi decretada a fundação do Hospital Geral em Paris. À primeira vista, parece ser apenas uma reforma ou reorganização administrativa. Diversos estabelecimentos existentes foram reunidos sob uma única administração, a Salpêtrière. Esses locais passaram a abrigar os pobres de Paris, independentemente de gênero, idade, origem social ou condição física, fossem eles saudáveis ou enfermos, em recuperação ou sem possibilidade de cura. Também cabia ao hospital garantir a subsistência, a boa conduta e a ordem geral das pessoas que, mesmo não residentes, poderiam ou deveriam estar sob sua assistência. Essa responsabilidade foi atribuída a diretores nomeados vitaliciamente, que tinham autoridade não apenas dentro das instalações do hospital, mas em toda a cidade de Paris, sobre aqueles sob sua jurisdição. O Hospital Geral se configurava como uma estrutura quase jurídica, um tipo de entidade administrativa que, paralelamente aos poderes existentes e além dos tribunais, possuía autonomia para decidir, julgar e executar. (FOUCAULT, 1972)

Na Inglaterra, as origens da internação são mais distantes. Um ato de 1575 referente ao mesmo tempo à "punição dos vagabundos e alívio dos pobres" prescreve a construção de *houses of correction* à razão de pelo menos uma por condado. Sua manutenção deve ser assegurada por um imposto, mas encoraja-se a população a fazer donativos voluntários.

Na Idade Moderna, o preconceito era natural nos países europeus. De tal modo, o diferente dos padrões da época era considerado inferior, não dotado dos mesmos direitos. Segundo Hannah (2013), o racismo trespassava fronteiras e ideias vindas de outros países não chegam a ser cogitadas como consideráveis. É o caso do racismo inglês e alemão frente as ideias Revolução Francesa, de igualdade, liberdade e fraternidade.

Como a desigualdade social era a base da sociedade inglesa, os conservadores britânicos não se sentiam muito à vontade quando se tratava dos “direitos do homem”. Ao contrário, segundo a opinião geral que emitiam no século XIX, a desigualdade fazia parte do caráter nacional inglês. Para Disraeli, “nos direitos dos ingleses existia algo melhor que os Direitos do Homem”, e para sir James Stephen “poucos fatos da história [eram] mais deploráveis do que a maneira

pela qual os franceses se deixavam empolgar por essas questões” (ARENDR, 2013, p.162).

Logo, a partir do momento em que os europeus buscaram englobar todos os povos do mundo no conceito de uma humanidade ampla, começaram a se incomodar ao perceber as diferenças físicas que os diferenciavam das pessoas de outros continentes. Diversos outros fatores e conceitos passaram a ser utilizado para justificar o preconceito contra pessoas diferentes, incluindo as incapazes de se proteger.

Um importante estudo, que em decorrência de seu grande sucesso, se tornou uma arma ideológica para fundamentar o domínio de uma pessoa sobre a outra, como forma justificar a discriminação racial, foi o darwinismo. Isso porque, “para a discussão política, o darwinismo oferecia dois conceitos importantes: a luta pela existência, com a otimista afirmação da necessária e automática “sobrevivência dos mais aptos”, e as infinitas possibilidades que pareciam haver na evolução do homem a partir da vida animal, e que deram origem à nova “ciência” da eugenia” (Arendt, 2013). Com essa interpretação deturpada, o deficiente era visto como erro que atrapalharia a evolução da humanidade.

Dessa forma, vigorava na Inglaterra por meio da visão do biólogo e antropólogo Hebert Spencer bem como os evolucionistas e darwinistas de que o homem caminhava para um futuro angelical através da evolução.

Referidas formas de pensamentos abriram margens para a diversas atrocidades que aconteceram naqueles séculos. Na visão europeia, a pele branca refletia o centro ideal da humanidade, de modo que a lei não tinha a validade universal, mas sim os homens brancos possuíam a inata capacidade de governar e dominar. Decorre-se disso a colonização do globo de forma violenta, conforme cita Hannah (2013), com acontecimentos terríveis como “burocratas indianos propunham “massacres administrativos”, enquanto funcionários africanos declaravam que “nenhuma consideração ética, tal como os Direitos do Homem, poderá se opor” ao domínio do homem branco”.

Toda a crueldade feita contra diferentes raças teve um papel secundário, mesmo quando se analisa a guerras mais contemporâneas em que há o mínimo de respeito aos direitos humanos.

Segundo Foucault (1972), em meados do século XVIII, surge um medo generalizado. Embora expresso em termos médicos, ele é profundamente influenciado por um mito moral. A população se alarma com uma enfermidade misteriosa que, acredita-se, teria origem nas casas de internamento e ameaçaria se espalhar pelas cidades. Fala-se em "febre de prisão" e recorda-se a imagem das carroças que transportavam condenados acorrentados, espalhando, supostamente, uma trilha de doença por onde passavam. O escorbuto é associado a contágios imaginários, e teme-se que o ar contaminado pelas enfermidades se espalhe para os bairros habitados. Assim, ressurgem a poderosa imagem do horror medieval, alimentando um novo pânico coletivo. A casa de internamento deixa de ser apenas um espaço isolado, semelhante a um leprosário, para ser percebida como a própria lepra ameaçando a cidade.

Ao final do século XVIII, estabelecerá o projeto de percorrê-la toda Europa, através da Inglaterra, Holanda, Alemanha, França, Itália, Espanha, fará a peregrinação de todos esses lugares de internamento — "hospitais, prisões, casas de detenção" — e sua filantropia se declarará indignada com o fato de que tenham podido relegar entre os mesmos muros os condenados de direito comum, jovens que perturbavam o descanso de suas famílias (ou que lhes dilapidavam os bens), vagabundos e insanos (FOUCAULT, 1972).

De acordo com Foucault:

Quando a época clássica internava todos aqueles que, em virtude de uma doença venérea, da homossexualidade, da devassidão ou da prodigalidade, manifestava uma liberdade sexual que a moral dos antepassados condenava (sem com isso nem sequer sonhar com assimilá-los, de perto ou de longe, aos insanos), ela estava realizando uma estranha revolução moral: descobria um denominador comum, a insanidade, para experiências que durante muito tempo estiveram bastante afastadas umas das outras. Agrupava todo um conjunto de condutas condenadas, formando uma espécie de halo de culpabilidade em torno da loucura (FOUCAULT, 1972, p.105)

A Primeira Guerra Mundial gerou dimensões negativas ainda imensuráveis nos mais diversos setores da humanidade. Foram dilaceradas diversas as comunidades europeias, com a inflação destruindo a capacidade de obter o mínimo existencial dos mais pobres, o desemprego levando pessoas em boas condições à miséria e as guerras cruéis e sangrantes gerando a morte de milhões de pessoas. Migrações em massas foram feitas, apátridas surgiram e perdiam seus direitos por não terem um lar. Esses fatores somados a

outros, como a desnacionalização, se tornou uma arma política que como consequência levou ao surgimento de diversos governos opressores.

Deve-se constar que, nessa época, os alienistas, médicos diferentes dos usuais, cuidavam de casos relacionados a psicologia humana e eram temidos, considerando que um diagnóstico poderia condenar as pessoas a viver nos asilos o que, analisando os tratamentos da época, que serão abordados em tópico próprio, poderia significar uma sentença de morte.

No caso da Segunda Guerra Mundial, novas transformações surgiram na humanidade, considerando o enorme desprezo pelos direitos humanos. Diversas experiências foram realizadas com o povo judeu, que possui uma história marcada por perseguições e experiências traumáticas. Estima-se que o holocausto matou mais de 6 milhões de judeus. Ocorre que muitos deles eram submetidos a experimentos torturantes com a suposta finalidade de progredir o campo da medicina.

Os doentes mentais foram uma das principais vítimas do nazismo. Em 14 de julho de 1933, foi aprovada lei Erbgesundheitsgesetz, para a prevenção de doenças hereditárias. Referida lei disponibilizava a esterilização forçada, que poderia ser solicitada por médicos ou chefes de hospitais sanatórios. Segundo Marc Luple-Schwarz, os apoiadores da eugenia, ciência voltada para o "aperfeiçoamento" das características genéticas humanas, celebraram essa lei, que buscava impedir a "proliferação" de indivíduos considerados "inferiores". Entre os grupos afetados pela lei estavam pessoas com esquizofrenia, cegueira, deformidades físicas, surdez hereditária, além de indivíduos com deficiência intelectual e dependência de álcool. (SCWARZ, 2013).

A perseguição e extermínio a pessoas com deficiências físicas e mentais se intensificou ainda mais com o passar do tempo no regime nazista em busca da eugenia. Em 18 de agosto de 1939, foi iniciado o programa alemão conhecido como Aktion T4, também conhecido como "*mercy killings*", utilizado para o extermínio de certos grupos, incluindo doentes mentais, idosos e deficientes. Referido programa fazia parte da tentativa dos nazistas de preservar a pureza da raça superior, objetivando criar, dessa forma, um "grupo superior de arianos". Sendo assim, os nazistas precisavam exterminar todos aqueles com defeitos raciais.

De acordo com o pensamento nazista, por meio das ideias eugenistas, os deficientes mentais e demais grupos não eram dignos de viver e se mostravam como um

fardo para sociedade. Com essas ideias em mente, começou a ser realizado, ainda em 1939, o extermínio de crianças com deficiência. Desde médicos a parteiras deveriam reportar crianças recém-nascidas ou até com idade inferior a três anos que mostrassem sinais de severas deficiências mentais ou físicas. Posteriormente, o extermínio de pessoas deficientes passou a independer da idade, como Laurence Rees expõe:

Em agosto de 1939, o ministro do Interior expediu orientações confidenciais pedindo às parteiras que relatassem quaisquer crianças recém-nascidas afetadas por distúrbios como deformidades ou paralisia. Esses relatórios eram então enviados a três médicos separados, que marcavam cada documento com um sinal de mais ou de menos. Se a maioria anotasse um sinal de menos, o bebê era enviado a uma clínica especial. Lá o bebê selecionado para morrer era executado com frequência por meio de uma overdose de morfina ou outro sedativo. No registro oficial, essas mortes eram atribuídas a alguma outra doença plausível, como sarampo. (...) Hitler não queria matar somente crianças com deficiência – ele também queria matar os adultos. Em junho ou julho de 1939 – não se sabe a data exata –, pediu ao doutor Leonardo Conti, o ministro de Estado da Saúde, para ampliar o esquema da “eutanasia”. (...) O que essa manobra burocrática mostra é a flexibilidade da estrutura administrativa do Estado nazista – especialmente no caso de tarefas secretas como o morticínio das pessoas com deficiência. (...) Em 9 de outubro de 1939, Viktor Brack presidiu uma reunião à qual compareceram profissionais de medicina simpáticos à ideia de matar adultos com deficiência. Ali, discutiram a mecânica de funcionamento desse sistema. Decidiram que primeiro devia ser feita uma lista de todas as instituições onde “pacientes mentais, epiléticos e com deficiência mental” estivessem sendo tratados no momento. (...) Um fator que esses médicos usariam para chegar ao seu veredito (matar ou não o paciente) era em que medida esses pacientes tinham condições de realizar trabalho útil. A seleção, portanto, era feita em bases econômicas, e não apenas médicas (REES, 2016).

Considerando que a população a ser morta aumentou, não apenas crianças e adolescentes deficientes, mas também adultos, os nazistas viram a necessidade de desenvolver novos métodos para extermínio de um número maior de pessoas. Foi a partir de tal fato que ocorreu a idealização da utilização de gás monóxido de carbono para “eutanasiar” os pacientes com transtornos mentais. Posteriormente, essa ideia se desenvolveu em câmaras de gás, em que os pacientes eram reunidos em uma sala azulejada com supostos tubos de água no teto, simulando uma sala de banho. Os tubos de água se tratavam de canos de gás do qual saia o monóxido de carbono e todos os pacientes eram mortos.

A ideia de Hitler e compartilhada pelos nazistas era a de que estavam sendo misericordiosos com aquela população com transtornos mentais, aliviando-os do fardo de uma vida sem sentido e “alguns se apoiavam no argumento de que, ao matar as pessoas com deficiências mais graves, liberavam recursos para outros pacientes” (Rees, 2016).

Novos métodos para tornar a matança mais efetiva foram desenvolvidos. Segundo o The Museum's Holocaust Encyclopedia, ao buscar métodos mais eficientes, os nazistas começaram a utilizar "caminhões hermeticamente fechados com o cano de escapamento voltado para o compartimento interior".

Mesmo com o fim da guerra, outras guerras em escala menor continuaram a acontecer pelo o mundo e as atrocidades divulgadas não foram suficientes para frear o tratamento desumano a todas as pessoas com problemas de saúde mental.

Nos Estados Unidos, em 1955, um censo revelou as precárias condições da assistência psiquiátrica, evidenciando a necessidade de ações imediatas para saná-las. Em fevereiro de 1963, o presidente Kennedy proferiu um discurso no Congresso que, juntamente com o livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1980), de Gerald Caplan, marcou uma mudança significativa no foco da prática psiquiátrica. O decreto assinado por Kennedy reorientou os objetivos da psiquiatria, passando a incluir a redução da incidência de doenças mentais nas comunidades (Veras et al., 1976; 1977). Esse período foi marcado por grandes desafios nos Estados Unidos, como a Guerra do Vietnã, o aumento do uso de drogas entre os jovens, o surgimento de gangues juvenis consideradas "desviantes", o movimento beatnik e diversos sinais de profundas crises de adaptação social, cultural, política e econômica. (AMARANTE, 1998).

Conforme se percebe no decorrer desse tópico, a visão da sociedade em relação às pessoas com deficiência mental ao longo dos séculos foi marcada por períodos de exclusão, segregação, desumanização e morte. Durante muito tempo, pessoas com deficiência mental eram vistas como inferiores e, na maioria das vezes, um fardo. Como citado, a crença de que a deficiência era uma doença a ser curada ou controlada, somada a teorias eugenistas que pregavam a superioridade de algumas raças e a necessidade de eliminar os considerados "defeituosos", contribuiu para a criação desse um ambiente hostil e excludente até o século passado.

Um grande fator que possa ser atribuído a esse tratamento desumano, além de teorias discriminatórias como já citada, foi a falta de informação e a crença em mitos e superstições na construção de uma imagem negativa e estereotipada desse grupo. Isso porque a deficiência mental sempre foi associada à loucura e plena incapacidade, o que justificaria a exclusão.

1.4 Evolução da legislação internacional

Foi principalmente a partir da segunda metade do século XX que um movimento global em defesa dos direitos das pessoas com deficiência começou a ganhar força, buscando uma sociedade mais justa e inclusiva, inspirada na não perpetuação dos horrores experienciados nas guerras, o que levou à criação de leis e políticas públicas no âmbito global destinadas a garantir os direitos dessas pessoas.

Um marco importante para a evolução do tratamento as pessoas com transtornos mentais foi a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Referido documento foi relevante pois objetiva a prevenção de novas guerras e passou a definir direitos básicos e liberdades fundamentais a todos os seres humanos. O tratamento humanizado a todos, independente de suas origens, pode ser visto em diversos artigos:

Artigo 1 - Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo 2 - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Artigo 3 - Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo 5 - Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Artigo 6 - Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.

Artigo 7 - Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo 9 - Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado. (Organização das Nações Unidas, 1948)

Artigo 25 - 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (DUDH, 1948)

As partir do momento em que todas as pessoas nascem livres e com direitos, inclusive à vida, conforme dispõe os artigos referenciados, torna-se possível enxergar uma luz no tratamento dado as pessoas com transtornos mentais. Todavia, apesar desses direitos assegurados na Declaração, as pessoas com deficiência mental ainda eram frequentemente vistas como inferiores, incapazes e um fardo para a sociedade. A discriminação contra elas era institucionalizada, e seus direitos eram negligenciados. Ainda persistiam e surgiam diversas formas de tratamentos degradantes, citados em tópico próprio.

Portanto, mesmo com diversos países ratificando o documento citado, quase nada se foi feito para colocar em prática os preceitos ali constantes. A realidade dos institutos psiquiátricos ficava cada vez mais evidente na medida em que a taxa de recuperação era mínima e as tratamentos traumáticos se tornaram frequentes.

Os asilos psiquiátricos enfrentavam uma situação de grande precariedade, deixando de cumprir seu papel na recuperação de pessoas com transtornos mentais. Ironicamente, eram vistos como fatores que contribuía para o agravamento das condições dos pacientes, indo além do que seria esperado como parte natural da progressão das doenças. (AMARANTE, 1998).

Um novo avanço nesse âmbito foi a Declaração de Direitos do Deficiente Mental de 1971 assumida pelos Estados membros da Organização das Nações Unidas. Referida Declaração objetivou uma evolução no tratamento dado a pessoas com deficiência física e mental, assegurando seus direitos e readaptação na sociedade. Os artigos tratam especificamente de direitos que devem ser assegurados a esse grupo:

1. O deficiente mental deve gozar, na medida do possível, dos mesmos direitos que todos os outros seres humanos.
2. O deficiente mental tem direito aos cuidados médicos e aos tratamentos físicos apropriados, assim como à instrução, à formação, à readaptação e aos conselhos que o ajudem a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões.
3. O deficiente mental tem direito à segurança econômica e um nível de vida decente. Tem ainda o direito, na medida das suas próprias possibilidades, de efetuar um trabalho produtivo ou de exercer qualquer ocupação útil.
4. Quando tal for possível, o deficiente mental deve viver no seio de sua família, ou numa instituição que a substitua, e deve poder participar em diversos tipos de vida comunitária. A instituição onde viver deverá beneficiar de processo normal e legal que tenha em consideração o seu grau de responsabilidade em relação às suas faculdades mentais.

5. O deficiente mental deve poder beneficiar duma proteção tutelar especializada quando a proteção da sua pessoa e bens o exigir.

6. O deficiente mental deve ser protegido contra qualquer exploração, abuso ou tratamento degradante. Quando sujeito a ação judicial, deverá beneficiar de processo normal e legal que tenha em consideração o seu grau de responsabilidade em relação às suas faculdades mentais.

7. Se, em virtude da gravidade da sua deficiência, certos deficientes mentais não puderem gozar livremente os seus direitos, ou se impuser uma limitação ou até a supressão desses mesmos direitos, o processo legal utilizado para essa limitação ou supressão deverá preservá-los legalmente contra toda e qualquer forma de abuso. Esse processo deverá basear-se numa avaliação das suas capacidades sociais feita por peritos qualificados. Essa limitação ou supressão de direitos deverá compreender o direito de recurso a instâncias superiores (DECLARAÇÃO DE DIREITOS DO DEFICIENTE MENTAL, 1971).

A partir da Declaração de Direitos do Deficiente Mental passa a ser possível visualizar, ainda que estágio embrionário, um anseio da comunidade global em garantir que o deficiente mental tenha uma vida digna. Proteção contra abusos, explorações e tratamentos degradantes contra esse grupo começa a ser reforçado, ainda que pouco implementado no âmbito global. Posteriormente, visando reforçar as ações para melhoria de qualidade de vida e atenção aos deficientes, foi instaurado, também pela Assembleia Geral das Nações Unidas, o Programa Mundial para as Pessoas Deficientes (1982) promovendo “medidas eficazes para a prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de "igualdade" e "participação plena" das pessoas deficientes na vida social e no desenvolvimento”.

Conforme consta no próprio documento em análise, estimava-se que na época, na década de 1982, haviam cerca de 500 milhões de pessoas deficientes no mundo. Definições importantes são levantadas, como a prevenção, para que os países adotem medidas destinadas a impedir o surgimento de deficiências físicas mentais, a reabilitação, para permitir que a pessoa com deficiência alcance o melhor estágio possível de bem estar, e igualdade de oportunidades, em que todo o sistema da sociedade se torne acessível para todos.

Nessa época, conceitos como acessibilidade e inclusão social ganham um pouco mais de destaque, considerando que um dos objetivos das Declarações mencionadas era promover a possibilidade de participação do doente mental na sociedade, ao invés da cultura de segregação que permeou a maior parte da história mundial humana.

A acessibilidade é discutida e aplicada em diversas áreas do conhecimento e, segundo Houaiss (2001) significa “livre acesso, possibilidade de aproximação”. Em um

sentido mais amplo, quando aplicado a pessoas com doenças mentais ultrapassa a questão física e engloba um conjunto de condições que garantem o direito dessas pessoas de participarem plenamente da sociedade, desfrutando dos mesmos direitos e oportunidades que os demais cidadãos. Nesse sentido, novos programas surgem visando garantir acesso as pessoas com deficiência na sociedade.

A Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989, e a Declaração de Salamanca, de 1994, são marcos importantes no tratamento dado as crianças com deficiência, garantindo a elas acesso a serviços essenciais como educação de qualidade e saúde. Em relação à Convenção sobre os Direitos da Criança, segundo a Organização das Nações Unidas, trata-se do documento mais aceito na história da humanidade, visto que foi ratificado por 196 países. A ideia de respeito a dignidade da criança com deficiência fica evidente no artigo 23 do instrumento:

Artigo 23 – 1. Os Estados Partes reconhecem que a criança com deficiência física ou mental deverá desfrutar de uma vida plena e decente, em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autoconfiança e facilitem sua participação ativa na comunidade. 2. Os Estados Partes reconhecem que a criança com deficiência tem direito a receber cuidados especiais, e devem estimular e garantir a extensão da prestação da assistência solicitada e que seja adequada às condições da criança e às circunstâncias de seus pais ou das pessoas responsáveis por ela, de acordo com os recursos disponíveis e sempre que a criança ou seus responsáveis reúnam as condições exigidas. 3. Reconhecendo as necessidades especiais da criança com deficiência, a assistência ampliada, conforme disposto no parágrafo 2 deste artigo, deve ser gratuita sempre que possível, levando em consideração a situação econômica dos pais ou das pessoas responsáveis pela criança; e deve assegurar à criança deficiente o acesso efetivo à educação, à capacitação, aos serviços de saúde e de reabilitação, à preparação para o emprego e às oportunidades de lazer, de maneira que a criança atinja a integração social e o desenvolvimento individual mais completos possíveis, incluindo seu desenvolvimento cultural e espiritual. 4. Os Estados Partes devem promover, com espírito de cooperação internacional, a troca de informações adequadas nos campos da assistência médica preventiva e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças com deficiência, incluindo a divulgação de informações a respeito dos métodos de reabilitação e dos serviços de ensino e formação profissional, bem como o acesso a essas informações. Dessa forma, os Estados Partes poderão aprimorar sua capacidade e seus conhecimentos e ampliar sua experiência nesses campos. Nesse sentido, devem ser consideradas de maneira especial as necessidades dos países em desenvolvimento (CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA, 1989)

Na América Latina, no final da década de 1990, foi realizada e ratificada a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. O termo deficiência, também elencado nos tratados citados, se refere as restrições físicas, mental ou sensorial seja de natureza transitória ou permanente que limitem a capacidade de exercer uma ou mais atividades

essenciais da vida diária, que pode ser causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

O principal combate dessa Convenção é a tomada, por parte do Estado, de medidas para eliminar discriminações de pessoas com deficiência e promover sua integração total na sociedade, por de ações do legislativo, sociais educacionais e de outras naturezas.

No século XXI, um tratado histórico que estabelece um padrão global para a promoção e proteção dos direitos humanos das pessoas com deficiência é a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006. Referida Convenção tem como fim proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência. A CDPD foi ratificada pelo Brasil com o status de emenda constitucional por meio do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, cujo propósito foi “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (BRASIL, 2009).

O que se mostra visível através de todas as políticas internacionais adotadas ao longo do final do século XX e início do século XXI é uma forte tentativa em promover a visibilidade das pessoas com deficiência, de modo a garantir uma vida digna e livre de discriminações que esteve presentes em toda a sua história. Entre as medidas que visam garantir a dignidade humana desse grupo, a igualdade é importante fator, que será abordado em outros tópicos, do qual a CDPD dispõe:

- 1.Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante e sob a lei e que fazem jus, sem qualquer discriminação, a igual proteção e igual benefício da lei.
- 2.Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo.
- 3.A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.
- 4.Nos termos da presente Convenção, as medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias (BRASIL, 2009).

Apesar de existirem diversos tratados e leis sobre a deficiência mental, a realidade em muitos dos casos se difere da prática. É necessário uma análise profunda sobre direitos

fundamentais das pessoas com deficiência mental, como as legislações as aborda e o que de fato ocorre na prática.

1.5 Leis dos países americanos e europeus sobre a internação compulsória

Nos Estados Unidos da América há uma complexidade na abordagem da legislação referente a internação compulsória. Isso ocorre porque a lei varia de estado para estado considerando que há não uma lei federal única que regule a prática abordada nesse artigo. O que se observa é que as leis que tratam sobre essa matéria geralmente buscam equilibrar os direitos do paciente com a necessidade de proteção com ele próprio e os outros a sua volta, considerando a própria saúde.

Como forma de contextualização, ocorreram ao longo do tempo diversos movimentos na busca de mudar a realidade vivida pelos doentes mentais, em simultaneidade com as convenções citadas no tópico anterior. Desde a reforma sanitária proposta por Bill Clinton a distribuição e abuso desenfreado de medicamentos por parte da população para tratar seus problemas, aumentou de maneira exorbitante.

Nos Estados Unidos, houve um aumento significativo no consumo de medicamentos psicotrópicos, resultado da implementação do programa nacional de psiquiatria preventiva promovido pelo presidente Kennedy. Essa mudança reflete uma transformação na abordagem da psiquiatria, que deixou de focar prioritariamente nos asilos e nos pacientes considerados crônicos, passando a direcionar suas ações para a população considerada saudável, mas suscetível a adoecer. Como consequência, cresceram as demandas por tratamentos psiquiátricos e psicológicos, acompanhadas de um aumento no uso de medicamentos, seja por prescrição médica, seja por automedicação. (AMARANTE, 1998).

Nesse contexto, surgem variadas leis buscando tratar a questão da saúde mental no território estadunidense. A legislação desse contexto busca respeitar os direitos humanos e outros tratados referentes ao tema, humanizando o tratamento concedidos as pessoas com deficiência mental.

Uma lei importante, do estado da Califórnia, é a Lei Lanterman-Petris-Short (LPS) de 1967, possuindo muita notoriedade ao tratar sobre a internação involuntária. Referida Lei regula a internação de indivíduos em hospitais psiquiátricos e define os critérios para

a internação compulsória, estabelecendo que uma pessoa só pode ser internada involuntariamente se representar um risco significativo para si mesma ou para outros, ou se estiver incapacitada devido a um transtorno mental grave.

A LPS, à época, foi vista como um avanço para o tratamento mais humano dos deficientes mentais, visto que passaram a ser retirados de centros semelhantes a prisionais e passaram a ir para centros comunitários psiquiátricos destinados ao tratamento de suas deficiências.

Em Nova York, há a Mental Hygiene Law que também trata sobre a internação involuntária. De acordo com a seção §9.37 da lei, o diretor do hospital pode receber e cuidar do paciente que, segundo um diretor de serviços comunitários ou um médico designado por ele, entender ser necessário a internação e que sua não consolidação possa resultar em danos graves para o paciente ou terceiros. Há uma série de procedimentos para manter a internação involuntária: é necessário realizar a avaliação e confirmação da internação antes de sua admissão por um médico do hospital; no prazo de setenta e duas horas, caso o paciente não queira ficar de forma voluntária no hospital, será necessário a avaliação de outro médico examinador para atestar a necessidade ou não da internação; após a admissão, o paciente passará por audiências, revisões e aprovação judicial ao longo do tempo para verificar a necessidade de manutenção da medida.

Na Flórida, existe a conhecida Baker Act, a Lei de Serviços de Saúde Mental de 1971, que permite exames e até a internação involuntária de pessoas que representam um risco imediato para sua própria segurança ou para a segurança de outras pessoas devido a uma doença mental. A lei também garante que a pessoa tenha o direito de uma audiência judicial para avaliar a necessidade da internação. Em se tratando de internação, o tribunal que concluir que o paciente deve atender aos critérios do serviço involuntário, poderá emitir a ordem de internação pelo prazo de até seis meses, devendo especificar a natureza e extensão da doença mental bem como as razões porque a internação involuntária se mostra como uma opção viável.

O estado do Texas possui um Código de Saúde e Segurança, o Health and Safety Code, que trata de diretrizes para a internação involuntária de indivíduos com doenças mentais. O objetivo da legislação é “fornecer a cada pessoa com doença mental grave acesso a cuidados e tratamentos humanos (...)” (TEXAS, 1991, tradução nossa). A lei busca garantir que os direitos individuais sejam respeitados de modo que a internação

involuntária possa acontecer somente quando houver perigo iminente para o paciente ou terceiros, além da incapacidade de a pessoa cuidar dela própria e não puder se submeter voluntariamente ao tratamento necessário.

Nesse ponto, imperioso citar a lei que trata sobre os estadunidenses com deficiência, a Americans with Disabilities Act de 1990. Trata-se de uma lei de direitos civis que busca proibir a discriminação de pessoas com deficiência, o que inclui doenças mentais. Em decorrência de referida lei, deve ser garantido as pessoas com deficiência a igualdade de oportunidades na vida pública. Algumas emendas e alterações foram feitas na lei com o passar do tempo buscando atualiza-la a atual realidade. A proibição de discriminação de pessoas com doenças mentais em locais públicos pode ser vista como um marco no combate hostilidade e garantir dos direitos individuais desse grupo naquele país.

No México, através da Ley General de Saúde, com a Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, bastava um médico determinar a existência de uma deficiência pela qual a pessoa pudesse representar um perigo sério ou imediato para si mesmo ou para terceiros. Um terceiro, sendo membro da família, tutor ou representante legal poderia solicitar a detenção e a pessoa com deficiência mental ficar internada por tempo indeterminado. Havia a obrigação de notificar o Ministério Público e, se fosse o caso, um representante da pessoa com de deficiência. Poderia levar até 15 dias úteis após a internação involuntária para que os médicos avaliassem a adequação de continuar ou suspender o tratamento hospitalar. Tais fatos constavam na parte 5.6.2 da norma mencionada.

Ocorre que a Lei Geral de Saúde mexicana passou por uma reforma em maio de 2022 em busca de retirar violações aos direitos humanos que ainda persistiam no diploma legal. O antigo entendimento representava uma violação aos direitos humanos na medida em que a pessoa era sentenciada a um confinamento sem observação de seus direitos individuais, sem uma adequada avaliação de sua saúde mental se comparando, tais medidas e procedimentos, ao direito penal de modo que uma pessoa que não se adequasse aos padrões sociais era confinada ao isolamento.

Como será abordado no decorrer do presente artigo, confinar um doente mental baseando-se unicamente no seu grau de periculosidade representa um conceito estigmatizado dessas pessoas, deixando de considerar diversos outros aspectos como

medidas alternativas que podem ser conferidas como uma solução humana e eficaz para a situação. Nesse sentido, de acordo com a atual regulamentação mexicana, com base no artigo 75 da Lei Geral de Saúde em vigência, a internação poderá ocorrer apenas de forma voluntária, sendo utilizada como último recurso e por tempo limitado a necessidade do paciente. A internação involuntária ocorre apenas para proteger a vida do paciente.

Em Portugal, há uma lei própria que trata sobre saúde mental, a Lei nº 35/2023 de 21 de julho, do qual princípios basilares são estabelecidos para nortear todo o tratamento que envolva a internação compulsória:

1 - Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, são fundamentos da política de saúde mental:

- a) A prestação de cuidados de saúde mental centrados na pessoa, reconhecendo a sua individualidade e subjetividade, necessidades específicas e nível de autonomia;
- b) A prestação de cuidados de saúde mental no ambiente menos restritivo possível, devendo o internamento hospitalar ter lugar como medida de último recurso;
- c) A prestação de cuidados de saúde mental assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma integrada e coordenada, às diferentes necessidades de cuidado das pessoas;
- d) O acesso de todas as pessoas, em condições de igualdade e de não discriminação, a cuidados de saúde mental de qualidade e no tempo considerado clinicamente aceitável;
- e) A existência de serviços de saúde mental coordenados, abrangentes e integrados de forma a assegurar a proximidade e a continuidade de cuidados;
- f) A garantia da equidade na distribuição de recursos afetos à saúde mental e na utilização de serviços de saúde mental e a adoção de medidas de diferenciação positiva.

2 - A abordagem de saúde pública para a saúde mental assegura a sua promoção e o bem-estar da pessoa, os cuidados de saúde, a residência e o emprego, em paralelo com a prevenção das doenças e o seu tratamento em todas as fases da vida (PORTUGAL, 2023)

Observa-se um forte reforço em assegurar que todas as medidas cabíveis sejam fornecidas às pessoas que tratam a saúde mental. Um aspecto relevante na referida lei é a visão contemporânea da multidisciplinaridade de equipas para prestar cuidados ao paciente. Trata-se de um movimento recente a comunicação de várias áreas de saúde, do conhecimento em geral, na busca em cuidar das pessoas. O comprometimento da necessidade de comunicação de várias áreas revela o reconhecimento da complexidade humana.

A Lei Portuguesa trata de maneira muito cuidadosa e abrangente sobre as medidas coercitivas aos pacientes que sofrem de doença mental. De acordo com lei, qualquer tipo de medida coercitiva, só pode ser utilizada a fim de prevenir dano grave e iminente ao paciente ou terceiro e devem ser utilizadas como último recurso.

Sobre o tratamento involuntário, diversos pressupostos e medidas devem ser observadas, como a recusa de tratamento prescrito pelo médico, a existência da doença mental e a existência de perigo relacionado a bens jurídicos pessoais ou patrimoniais, seja da pessoa ou de terceiros. Além disso, a internação ocorrerá por meio de equipes comunitárias em um ambulatório, com exceção apenas quando o internamento involuntário se mostrar como única medida para assegurar o tratamento do paciente. Referida lei ainda define a legitimidade para requerer o tratamento, como ocorrerão a avaliação clínico-psiquiátrico, como deverá ser a decisão que acolhe essas medidas, dentre diversos outros temas jurídicos. Diferente do que ocorre nos Estados Unidos da América, a legislação portuguesa se mostra mais detalhada em diversos aspectos relacionados ao tratamento do doente mental em casos que a internação involuntária se mostre necessária.

Na França, o Code de la Santé Publique tem um capítulo próprio sobre o combate contra a doença mental na seção L3211-1. A princípio, o código francês garante respeito aos direitos individuais dos internados voluntaria ou involuntariamente. O internado, em um período vinte e quatro horas passará por uma avaliação médica e psiquiátrica para atestar a necessidade dos cuidados, fato que ocorre novamente após setenta e duas horas da admissão do paciente. Imperioso citar que a legislação francesa, conforme estabelece o artigo L3211-3, garante assim que uma pessoa com deficiência mental for internada, as restrições as suas liberdades individuais serão adaptadas a sua realidade, proporcionais ao seu estado e em todas as circunstâncias, a sua dignidade será respeitada bem como a tentativa de sua reintegração no meio social.

2 OS DIREITOS INDIVIDUAIS DA PESSOA HUMANA E OS MÉTODOS UTILIZADOS PARA TRATAR OS DOENTES MENTAIS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

Anteriormente, foi realizado um contexto histórico sobre o surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, e de forma geral, abordado como os seres humanos eram tratados neste ambiente. Posto isto, faz-se necessário à realização de uma análise aprofundada sobre os direitos individuais da pessoa humana e o tratamento utilizado nos hospitais psiquiátricos para cuidar dos doentes mentais, popularmente considerados como “loucos”.

2.1 Os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana

Os direitos fundamentais da pessoa humana são direitos inerentes a todo e qualquer cidadão e que os fazem ter uma vida digna, em igualdade de condições e tratamentos. Dito isto, a legislação brasileira privilegiou a aplicação prática destes direitos, atribuindo status especial na Lei Maior, sendo considerados direitos de primeira geração, ou seja, aqueles que asseguram a autonomia do indivíduo frente à sociedade.

Neste contexto, a Constituição da República de 1988 discorreu de forma extensa sobre a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência, inclusive já assentados na Declaração dos Direitos Humanos (MENDES; MENEZES, 2013).

De acordo com Bonavides, Miranda e Agra (2009) os direitos fundamentais são aqueles que juntos atribuem ao indivíduo a dignidade da pessoa humana, e, por isso, são os direitos segundo os quais é impossível pensar no desenvolvimento social e pleno exercício da democracia. O termo utilizado pela Constituição Federal, direitos e garantias fundamentais, busca proteger tanto os direitos de cada cidadão como também o seu exercício.

Em vista disso, garantias fundamentais são inseridas na Constituição Federal baseando-se nos direitos humanos. “Toda a ética dos direitos humanos decorre diretamente do princípio da dignidade da pessoa humana [...] no contexto de

redemocratização do Brasil, resgatando da Declaração este valor-limite de toda ideia de justiça [...]” (BONAVIDES; MIRANDA; AGRA, 2009, p.52).

O princípio da dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos basilares que norteiam toda a Constituição Federal, cuja previsão se encontra no artigo 1º, inciso III, da Carta Maior. Tamanha sua importância que todos os demais direitos fundamentais são edificados sobre o fundamento da dignidade da pessoa humana.

O autor Vicente de Paulo Barretto, com fundamento nos ensinamentos de Immanuel Kant, define a dignidade humana em duas máximas “não tratar a pessoa humana como simples meio e assegurar as necessidades vitais da pessoa humana.” (BARRETO, 2010).

Em uma análise a ambas as máximas citadas, é possível extrair a essência do que prega o princípio da dignidade da pessoa humana como norte da elaboração e aplicação das leis. Não tratar o ser humano com um mero meio se traduz em enxergá-lo como algo a mais que um objeto ou animal. Trata-se de identificar que o indivíduo é um ser legítimo e não um instrumento a ser utilizado ao prazer de outrem.

No que tange a necessidade de assegurar o indispensável a sobrevivência humana, Barretto (2010) leciona que a segunda máxima aponta que o princípio da dignidade humana exige reconhecer que o ser humano não pode ser tratado como um espírito abstrato. A pessoa é um ser encarnado, com um corpo e necessidades concretas que devem ser supridas para evitar sua submissão e degradação. Nesse sentido, preservar a dignidade humana implica garantir o acesso a um trabalho digno, a uma habitação adequada e a cuidados essenciais de saúde.

Nesse sentido, mostra-se notável a íntima relação entre a dignidade da pessoa humana e o acesso a saúde e tratamento adequado à sua condição.

Na mesma linha de raciocínio, o autor Fábio Konder Comparato (2019) afirma que:

A dignidade da pessoa não consiste apenas no fato de ser ela, diferente das coisas, um ser considerado e tratado, em si mesmo, com um fim em si e nunca como um meio para a consecução de determinado resultado. Ela resulta também do fato de que, pela sua vontade racional, se a pessoa vive em condições de autonomia, isto é, como ser capaz de guiar-se pelas leis que ele próprio edita. Pela sua vontade racional, a pessoa, ao mesmo tempo que se submete às leis da razão prática, é a fonte dessas mesmas leis, de âmbito universal, sendo o imperativo categórico – 'age unicamente segundo a máxima, pela qual tu possas querer, ao mesmo tempo, que ela se transforme em lei geral. (COMPARATO, 2019, p.15)

Extrai-se do pensamento dos autores citados que a dignidade humana não se resume apenas em valores traduzidos na legislação. A dignidade da pessoa humana abrange diversos aspectos, sejam eles materiais ou imateriais, que exigem consideração em todas as circunstâncias. Comparato ainda leciona que “(...) esse fundamento, em última instância, só pode ser a consciência ética coletiva, a convicção, longa e largamente estabelecida na comunidade, de que a dignidade da condição humana exige o respeito a certos bens ou valores em qualquer circunstância, ainda que não reconhecidos no ordenamento estatal, ou em documentos normativos internacionais”. (COMPARATO, 2019).

Ainda no que tange aos direitos humanos, estes possuem características peculiares, sendo elas a universalidade, a indivisibilidade e interdependência, historicidade, vedação ao retrocesso e proibição de proteção deficiente, inalienabilidade, irrenunciabilidade e por fim, imprescritibilidade. Destas, merece ênfase a universalidade, que, de acordo com Oliveira (2016), se traduz no reconhecimento de que, os direitos presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 atribui a dignidade e a capacidade para exercício dos direitos a todos os seres humanos, sem qualquer distinção ou discriminação. Neste caso, inclui-se aqui as pessoas portadoras de qualquer tipo de deficiência ou enfermidade mental que prejudique ou dificulte a vida comum em sociedade.

Levando em conta a Constituição Federal de 1988, é evidente que o constituinte deu ênfase ao direito à saúde, em especial por se tratar de um direito social que requer a participação do Estado para sua efetivação. Neste sentido, preceituam os artigos 6º e 196 da Carta Magna:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

Assim, a Lei Maior cuidou de elencar como um dos direitos sociais, a saúde, sendo atribuída ao Estado a criação de políticas sociais e econômicas que visem garantir a todos o exercício do seu direito, seja com um atendimento de qualidade, seja com medidas

equiparadas entre os desiguais ou políticas específicas voltada a uma parte da população brasileira.

Para produzir saúde mental é importante e necessário que as medidas a serem feitas respeitem o campo dos direitos humanos, da assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são fundamentais neste processo (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, a doutrina especializada do direito sanitário e a jurisprudência do STF e do STJ entendem que, em se tratando do direito à saúde, as leis devem ser aplicadas de forma a lhes garantir a máxima efetividade, diante da sua intensa relação com o direito à vida na ordem constitucional. “Por isso, é que estudiosos do tema afirmam que as normas constitucionais referentes à saúde são de aplicabilidade imediata e eficácia plena” (ARRUDA NETO, 2005, p.15).

Noutro ponto, a Lei n.º 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no Brasil, enuncia a saúde como um direito fundamental do ser humano. Devido à importância deste direito na qualidade de vida de qualquer cidadão, existem, ainda, doutrinadores que o incluem no rol dos direitos da personalidade social (SZANIAWSKI *apud* MENDES; MENEZES, 2013).

Assim, prevê a Lei:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

Tendo em vista o contexto dos hospitais psiquiátricos situados no Brasil, é importante que se tenha a criação de medidas de saúde voltadas à assistência da saúde e em uma proteção legislativa quanto ao respeito à cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais (JORGE; FRANÇA, 2000).

Neste sentido, a Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes expôs que, a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do Estado à criação de medidas que visem a sua garantia. No caso das pessoas portadoras de enfermidade mental, o papel do Estado consiste na criação de medidas fiscalizadoras dos ambientes asilares ainda existentes e no incentivo a tratamentos humanitários que busquem a ressocialização do indivíduo na sociedade, como por exemplo, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e a terapia ocupacional.

Não obstante ao direito à dignidade da pessoa humana e à saúde, outros direitos inerentes a todos os seres humanos entram em choque quando da análise do tratamento manicomial e merecem destaque, sendo eles: a igualdade, a liberdade e a integridade.

O art. 5º, caput da Constituição Federal de 1988 (CF/88) dispõe expressamente que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”*. Posto isto, se faz necessário diferenciar a igualdade formal e a igualdade material. Será formal, quando houver identidade de tratamento independente das diversidades, e material quando os desiguais forem tratados de formas desiguais na medida de suas desigualdades. Neste sentido, a igualdade intitulada pela CF/88 diz respeito a material e não à formal.

Na materialização do direito à igualdade, entra a criação de políticas públicas e ações afirmativas em especial aquelas voltadas para certos grupos historicamente desprestigiados (MARTINS, 2020) como é o caso dos intitulados loucos.

Ferreira citado por Martins (2020) entende que existe uma distinção entre cidadania e políticas públicas, de maneira que o primeiro se baseia no fundamento da igualdade formal, enquanto o segundo toma como princípio basilar a igualdade material, ou seja, as políticas públicas atuam para compensar as desigualdades existentes no seio social.

Ocorre que a igualdade de condições, embora seja um requisito fundamental da justiça, é uma das mais incertas aspirações da humanidade moderna. Quanto mais as condições se aproximam da igualdade, mais desafiador se torna justificar as diferenças reais entre as pessoas. Dessa forma, ao resistir à aceitação racional dessa tendência, indivíduos que se consideram iguais formam grupos cada vez mais exclusivos em relação aos outros, acentuando as diferenças. Essa consequência intrigante tornou-se evidente quando a igualdade deixou de ser vista como um dogma ou uma inevitabilidade (Arendt,

2013). Dessa forma, há uma complexidade em aplicar determinado princípio de forma efetiva em relação aos doentes mentais.

Ainda no que tange a igualdade, importante destacar que:

“Sempre que a igualdade se torna um fato social, sem nenhum padrão de sua mensuração ou análise explicativa, há pouquíssima chance de que se torne princípio regulador de organização política, na qual pessoas têm direitos iguais, mesmo que difiram entre si em outros aspectos; há muitas chances, porém, de ela ser aceita como qualidade inata de todo indivíduo, que é “normal” se for como todos os outros, e “anormal” se for diferente. Essa alteração do sentido da igualdade, que do conceito político passou ao conceito social, é ainda mais perigosa quando uma sociedade deixa pouca margem de atuação para grupos e indivíduos especiais, pois então suas diferenças com relação à maioria se tornam ainda mais conspícuas”. (ARENDDT, 2013, p. 59)

Quanto ao direito à liberdade, a Constituição Federal prevê, em seu artigo 5º, inciso X, que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. A honra é um direito individual que não pode ser violado pelo Estado. A imagem é tutelada sob o aspecto do que as pessoas pensam sobre o cidadão e a vida privada diz respeito ao convívio do indivíduo com a vida social e a intimidade, insuscetível de intromissões externas.

Não somente isso, quando a Lei Maior fala de liberdade, também engloba a liberdade de ir e vir, prevista no art. 5º, XV, sendo definida como:

A liberdade de deslocar-se para dentro, fora ou interior do território nacional, em caráter transitório ou definitivo, sozinho ou com seus bens, a pé ou em veículo de transporte, desde que respeitadas as regulamentações dispostas no interesse geral pelo poder público. (BONAVIDES; MIRANDA; AGRA, 2009, p.125)

Noutro ponto, o direito a integridade física, psíquica e moral estão dispostos no art. 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos segundo o qual: “Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1948).

Neste diapasão, toda pessoa que por algum motivo for privada de sua liberdade, deve ser tratada com o máximo respeito, não podendo ser exposta ao ridículo e a situações desumanas ou degradantes (OLIVEIRA, 2016). Ademais, os direitos acima expostos também são fundamentos basilares da Lei 12.847/12, que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

Destarte, diante do direito à dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais citados acima é cristalino que o constituinte deu relevância a tais direitos devido a sua importância para cada indivíduo em si e para a sociedade em geral, atribuindo ao Estado à tarefa de preservar e criar medidas que preservem os aludidos direitos, além de garantir a proteção, promoção e recuperação dos seres humanos possuidores de alguma enfermidade. No entanto, na prática, os hospitais psiquiátricos contrariavam toda essa disposição com os tratamentos utilizados e a forma desumana com que os seres ali hospitalizados eram tratados.

A Assembleia de Delegados órgão máximo da Associação Brasileira de Psiquiatria dispõe que:

É necessário garantir aos pacientes não somente seus direitos básicos de cidadãos, como também, e principalmente, o direito de ser alvo de atenção profissional de qualidade e poder usufruir dos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados pelo progresso da ciência (FRANÇA, 2000, online).

Nesta perspectiva, os direitos individuais e a dignidade da pessoa são os fundamentos constitucionais que estabelecem ao indivíduo a possibilidade de exercer dignamente a preservação de seus direitos básicos. Apesar de não serem garantias absolutas, sua violação vai depender do caso em concreto, como, por exemplo, a liberdade que pode ser violada na hipótese de prisão em flagrante delito. Ocorre que, as internações psiquiátricas e os tratamentos utilizados acabavam por retirar do sujeito os seus direitos e garantias fundamentais e por isso, precisam ser estudados pontualmente.

2.2 Os tratamentos utilizados no tratamento manicomial/asilar

Diante do estudo dos direitos acima descritos, necessário se faz a análise do ponto de vista jurídico, sobre os procedimentos realizados nos leitos dos hospitais psiquiátricos, para se constatar se existe ou não preservação da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais inerentes à pessoa com deficiência.

Inicialmente, é possível citar a utilização de medicamentos diversos como uma das formas iniciais de tratamento a pessoas com transtornos mentais.

No entanto, a ideia da universalidade nos efeitos de um remédio começa a mudar de sentido por volta do fim do século XVII. Logo se sucedem às discussões sobre o antimônio as discussões sobre o ópio, utilizado num grande número de afecções, especialmente nas "doenças da cabeça". Whytt não encontra palavras suficientes para celebrar os méritos e a eficácia do ópio quando utilizado contra os males dos nervos: ele enfraquece "a faculdade de sentir, própria dos nervos" e por conseguinte diminui "essas dores, esses movimentos irregulares, esses espasmos ocasionados por uma irritação extraordinária"; é útil em todas as agitações, todas as convulsões; é empregado com sucesso contra "a fraqueza, o cansaço e os bocejos ocasionados por regras demasiado abundantes", bem como na "cólica ventosa", na obstrução dos pulmões, na pituíta e na "asma propriamente espasmódica". Em suma, como a sensibilidade simpática é o grande agente da comunicação das doenças no interior do espaço orgânico, o ópio, na medida em que tem um primeiro efeito de insensibilização, é um agente anti-simpático, constituindo um obstáculo à propagação do mal ao longo das linhas da sensibilidade nervosa. Sem dúvida essa ação não demora a diminuir; o nervo torna-se novamente sensível, apesar do ópio. Nesse caso, o único meio "de tirar proveito do fruto é aumentar a dose de tempos em tempos. Vê-se que o ópio não deve seu valor universal exatamente a uma virtude que lhe pertence como uma força secreta. Seu efeito é circunscrito: ele insensibiliza. Mas seu ponto de aplicação — o gênero nervoso — é um agente universal da doença, e é por essa mediação anatômica e funcional que o ópio assume seu sentido de panaceia. O remédio, em si mesmo, não é geral, sendo-o apenas porque se insere nas formas mais gerais do funcionamento do organismo. (FOUCAULT, 1972)

O ópio exerce um efeito completo porque, ao ser processado quimicamente pelo organismo, sua transformação se conecta tanto aos componentes que mantêm a saúde em condições normais quanto àqueles que, quando alterados, causam doenças. É por meio desse complexo processo de mudanças químicas e regenerações fisiológicas que o ópio adquire o status de remédio universal. Esse procedimento, no entanto, foi apenas um dos métodos utilizado nos tratamentos de pessoas com transtornos mentais.

“A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que implica indução de convulsões através da administração de uma frequência variável de corrente elétrica, por meio de eletrodos aplicados ao couro cabeludo” (BRASIL 2019, p. 238). Trata-se do meio utilizado para diminuir a agitação e amenizar os sintomas psicóticos e na maioria das vezes é utilizado sem o correto procedimento.

Silveira (1992), retrata em seu livro, o depoimento de um paciente, Antonin Artaud, que discorre sobre o tratamento com choque, e segundo o qual:

O eletrochoque me desespera, apaga minha memória, entorpece meu pensamento e meu coração, faz de mim um ausente que se sabe ausente e se vê durante semanas em busca de seu ser, como um morto ao lado de um vivo que não é mais ele, que exige sua volta e no qual ele não pode mais entrar. Na última série eu fiquei durante os meses de agosto e setembro na impossibilidade absoluta de trabalhar, de pensar, e de me sentir ser. (ARTAUD, apud SILVEIRA, 1992, p. 12).

No Brasil, a eletroconvulsoterapia é um procedimento autorizado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2057/2013), podendo ser aplicada somente em última hipótese, com a utilização de anestésias e por profissional capacitado, além de não ser indicado para menores de 16 anos. (BRASIL, 2019)

Já a lobotomia é uma psicocirurgia indicada a doentes psicóticos que, em estados obsessivos, apresenta um alto grau de agressividade que os incapacita completamente para a conduta de uma vida social sadia. O método cirúrgico é realizado por meio de trepanações bilaterais feitas na região frontal inferior, interrompendo as conexões entre os lóbulos frontais (NISE, 2016). Prado (2017) afirma que no período de 1935 e 1939 os resultados eram tão “bons”, que referido procedimento passou a ser utilizado em vários países como uma tentativa de reduzir psicose e depressão severa ou comportamento violento em pacientes que não podiam ser tratados com qualquer outro meio.

Para Silveira (1992), esse drástico calmante transformava, por vezes, pessoas em "verdadeiros autômatos" pois perdiam a capacidade criativa, não conseguiam mais fazer abstrações, o discurso ficava infantil. Segundo Nise da Silveira, a lobotomia substituiu uma desordem funcional, ou seja, mental, por outra orgânica, impossibilitando qualquer tipo de tratamento. Um objetivo, no entanto, era alcançado: "As famílias e o ambiente hospitalar (...) passavam a gozar de cômoda tranquilidade" (Silveira, pág.12, 1992).

Enquanto isso, a terapia por choque insulínico foi descoberta pelo neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel em 1933 e consiste na indução exacerbada de insulina intramuscular no paciente, fazendo com que este venha a convulsionar. Na época era considerado um tratamento eficaz contra psicose e esquizofrenia. Por vezes, conforme narrado, era necessário à indução de 60 aplicações até que o paciente atinja o estado comatoso (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

O objetivo do choque hipoglicêmico, assim como do eletrochoque, era de produzir uma profunda alteração das funções psíquicas superiores, e, para que seu efeito atingisse eficácia plena, era necessário um período entre 30 e 40 horas de coma (SILVEIRA, 1992).

Outro tratamento utilizado é a utilização de espaços restritivos, cubículos ou cela forte, indicado quando o paciente se encontra muito alterado, como forma de castigo. De acordo com a recente pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), o paciente não podia apresentar qualquer sinal de resistência à medida que lhe é imposta, e sequer são levados em consideração os direitos do indivíduo. Ainda de acordo com essa pesquisa, a prática segregativa não encontra fundamento nem nas regras do Sistema Único de Saúde (SUS), nem em outra norma pátria.

Além disso, outra forma de tratamento nos hospitais psiquiátricos são as contenções físicas e mecânicas, inclusive, sendo uma das práticas que perdura até a atualidade, consiste na utilização de braçadeiras, tecidos de algodão entre outras formas que façam com que o paciente fique estagnado, fazendo com que, conseqüentemente venha a se acalmar com o passar do tempo. Após a realização de estudos em diversos hospitais psiquiátricos do país, o Conselho Federal de Psicologia (2019) chegou à conclusão de que este tratamento é utilizado em grande parte das vezes como primeira opção, para conter os pacientes ou até mesmo puni-los de alguma forma sem a devida prescrição pelo médico especialista.

Os hospitais psiquiátricos, com todos os métodos de tratamentos, grande parte dos quais ineficientes, traduziam-se em uma sanção penosa aos pacientes. “A hospitalização justaposta ao internamento deve alertar-nos para o índice cronológico próprio dessas duas formas institucionais e demonstrar com bastante clareza que o hospital não é a verdade próxima da casa de correição” (Foucault, 1972).

O que agravava ainda mais a situação é que, por muito tempo, os hospitais psiquiátricos refletiam um ambiente hostil, de terror, até em sua estrutura. Estes hospitais se assemelhavam mais com prisões do que com centros para tratamento dos doentes mentais. Silveira (2001) explora essa realidade em seu livro quando dispõe que os hospitais psiquiátricos, em geral, são ambientes marcados pela atmosfera de abandono e desolação. Localizados em áreas afastadas das cidades, são cercados por muros e grades que delimitam os espaços de circulação entre funcionários e pacientes. Há uma rígida separação entre homens e mulheres, e o cenário inclui pessoas buscando restos de

cigarros, outras nuas ou vestidas com uniformes padronizados, corpos deitados no chão e pacientes afetados por altos níveis de medicação, além de condições como discinesia tardia ou síndrome extrapiramidal. Esses elementos refletem a miséria predominante nesses espaços (Freire, 1989), onde a frieza se destaca como a principal característica dessas chamadas "instituições de saúde".

Como já abordado, a visão que se tinha era que qualquer pessoa com transtornos mentais ou algo similar, era considerado loucos e estes não tinham direitos ou sequer a preocupação da sociedade. Por esse motivo, segundo Foucault, o “resultado, não há dúvida, é exatamente aquele que se sabe: não há um psiquiatra, um historiador que não ceda, no começo do século XIX, ao mesmo movimento de indignação; em todos os lados o mesmo escândalo, a mesma virtuosa reprovação: "Ninguém sentiu vergonha por colocar os alienados em prisões" (Foucault, 1972).

Estes são apenas alguns exemplos dos diversos métodos utilizados no leito dos hospitais psiquiátricos e que afrontam diretamente os direitos básicos inerentes aos cidadãos que se encontram internados. O que se percebe é que o ser humano não possuía o mínimo de dignidade nesses ambientes e quem passava por lá são, perdia sua sanidade durante o tratamento.

Dito isto, e tendo realizado uma análise dos direitos da pessoa com deficiência no tratamento manicomial/asilar, mister se faz analisar pormenorizadamente os aspectos de violação destas garantias nestes ambientes.

2.3 Aspectos de violação dos direitos fundamentais no tratamento manicomial

Conforme narrado anteriormente, por mais que o tratamento manicomial/asilar tenha se iniciado antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, e da Lei 10.216/01 intitulada como a Lei Antimanicomial, referidas práticas, com exceção da lobotomia e do choque insulínico, continuam sendo exercidas no Brasil, gerando uma afronta direta aos direitos fundamentais da pessoa humana.

Diferentemente das regras internacionais e nacionais de assistência psiquiátrica, rotineiramente os pacientes internados em hospitais psiquiátricos passam por situações de violência praticadas pelos próprios profissionais da instituição que, deveriam atuar

com o mínimo de conduta ética capaz de assegurar assistência livre de danos, a efetiva melhora do estado clínico do paciente e sua reinserção na sociedade (BRASIL, 2019).

De acordo com Vecchia e Martins (2006) o sofrimento psíquico para a sociedade exibe uma ideia de incapacidade da família por não conseguir conter os problemas mentais da pessoa e improdutividade do Estado que não propicia qualquer tipo de tratamento humanitário a estes indivíduos, causando vergonha em familiares e pessoas próximas com relação à condição do sujeito.

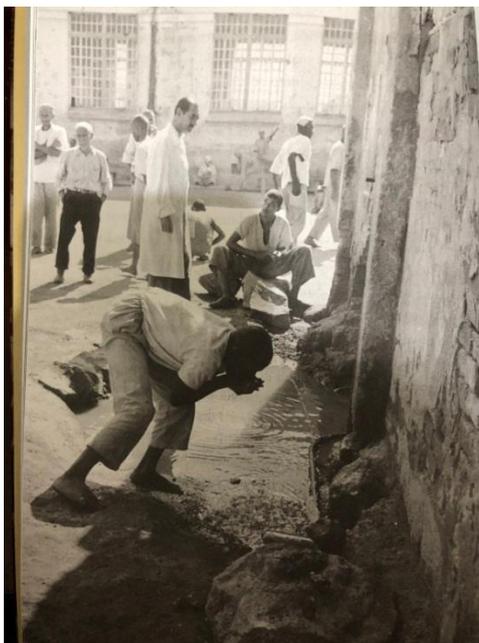
Nesse sentido, é muito importante discutir as violações dos direitos fundamentais para a dignidade humana no contexto do tratamento manicomial, buscando a cada dia a alteração deste sistema que mais fere do que cura. Para isto, é necessária a participação dos familiares do doente mental e do Estado neste processo de cura e reinserção, para que unidos, seja possível trazer melhoras efetivas ao estado clínico do paciente.

Arbex (2013) cita em seu livro o “Holocausto Brasileiro”, situações degradantes as quais os pacientes eram submetidos dentro do hospital Colônia na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Segundo ela:

Os pacientes eram colocados no pátio houvesse o frio que fosse. Os doentes ficavam lá o dia inteiro e só voltavam aos prédios no início da noite para dormir. O frio cortava a pele exposta, fazia os músculos enrijecerem e a boca ressecar até ganhar feridas. Embora fosse mais fácil culpar os pacientes por exporem o corpo sem pudor, a nudez não era uma opção. Muitas roupas eram peças únicas, por isso, no dia em que elas eram recolhidas para a lavanderia, o interno não tinha o que vestir. (ARBEX, 2013, p.48)

Conforme bem narrado por Arruda Neto (2005), o Estado é responsável por atuar da melhor forma a fim de não privilegiar parte da população nem vulnerar outra parte, principalmente quando estes estão acometidos de algum problema psicológico e são enclausurados nos muros dos manicômios sem o mínimo de dignidade com a vida humana, o que inclusive pode ser comprovado pela imagem abaixo.

Figura 1 - Pacientes bebem água do esgoto que corta os pavilhões



Fonte: (ARBEX, 2013, p.24).

De acordo com o estudo realizado pelo Conselho Federal de psicologia, (2019) que incluiu a visita e inspeção nos hospitais psiquiátricos em funcionamento até 2018, ficou constatado que em metade dos hospitais visitados havia violação quanto ao direito dos pacientes em ter água potável e na maioria dos casos era necessário solicitar aos médicos ou enfermeiros a bebida, uma vez que existe uma barreira que dificulta o acesso aos bebedouros, além de não possuírem sequer copos plásticos ou individualizados para cada um dos enfermos. Isso porque se tratam de pesquisas recentes realizadas após o advento da Lei Antimanicomial, o que traz uma noção de como era o tratamento nestes ambientes por volta do século XX.

A dignidade da pessoa humana atua como um limite do poder estatal, e como um elemento de proteção individual (MALHEIRO, 2016). Ocorre que, diferente de todo o exposto, a violação desse direito ocorreu e ocorre desde antes da promulgação da carta magna e nada é feito para combater. Apesar de a Lei 10.216/01 ter sido uma vitória dos defensores da reforma psiquiátrica, ainda há muito a se fazer para garantir, efetivamente, a valorização de todos os direitos inerentes aos seres humanos, aos pacientes portadores de doença mental.

As violações dos direitos no tratamento manicomial têm início com a internação compulsória como medida a excluir os intitulados loucos do seio da sociedade, sem

atenção aos seus requisitos mínimos, o que afronta diretamente o direito de ir e vir do cidadão e de exercer sua capacidade legal, ambos previstos na Lei Maior.

Dentro dos famosos hospícios, o que se espera é que o indivíduo receba um tratamento digno e igualitário, buscando a reabilitação social e uma melhora da enfermidade mental. No entanto, em contrapartida, após a internação, o doente mental é isolado da sociedade, de seus familiares e passa a ter contato apenas com os funcionários do hospital psiquiátrico, além de perder o seu livre arbítrio, tendo que seguir severamente as normas estipuladas.

Ademais, sob o fundamento de que estão buscando efetivas melhorias no paciente, são realizados procedimentos como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia que, quando não levam o indivíduo à morte, deixam sequelas incuráveis. Arbex (2013) detalha em seu livro um caso real que ocorreu com uma cozinheira do hospital Colônia que, ao realizar o primeiro procedimento acima descrito em um paciente, sem qualquer tipo de anestesia e preparo, ao ligar uma voltagem de 120 de carga na cabeça cidadão, o levou a óbito.

Essa foi a triste realidade vivenciada dentro dos manicômios por muitos e muitos anos, e ainda persiste até a presente data em alguns hospitais psiquiátricos. A partir da Lei 10.216/01, observa-se uma melhora nos tratamentos e a diminuição das internações desnecessárias e de tratamentos contrários a Constituição Federal, buscando os mínimos cuidados para uma efetiva melhora ao paciente. Contudo, apenas essa lei não foi suficiente para garantir amplamente um tratamento de qualidade para os pacientes com problemas psiquiátricos.

Não obstante todas as violações acima alegadas, o tratamento no ambiente interno não garante o mínimo de dignidade da pessoa humana. Todas as pessoas, usuárias do SUS, têm direitos a elas inerentes, garantidos pela Portaria n. 1.820/2009, que, em relação ao ambiente, aduz:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. (BRASIL, 2006)

Ainda de acordo com a pesquisa recente realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), essas estipulações, ainda nos dias de hoje, não são atendidas pelos hospitais psiquiátricos posto que a grande maioria dos espaços não atribui conforto e acolhimento aos pacientes e acabam por espalhar o sentimento de desdém. A clínica de

Repouso Três Rios, no Rio de Janeiro apresenta situações precárias de conservação, foi constatada a presença de lixo no chão, os móveis não estão propícios para o uso e o hall principal é um setor caótico. No Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, em Minas Gerais, a área externa é toda descoberta, o que impossibilita a presença no ambiente por muito tempo e não possui nenhuma oficina de arte. Na Casa de Eurípedes, em Goiás, os enfermos ficam presos em seus quartos quase que na totalidade do tempo e não possuem pátio ou área de convivência.

Enfim, muitos são os relatos de precariedade das instituições psiquiátricas mesmo nos dias atuais, o que demonstra a cada dia, a necessidade de criação de políticas públicas que visem à proteção dos direitos dos pacientes nestes ambientes. O Brasil possui atualmente diversas leis e decretos que versam sobre o direito à saúde e um tratamento digno nos hospitais psiquiátricos, inclusive a proibição de práticas cruéis, desumanas ou degradantes contra o ser humano, no entanto, carece de medidas fiscalizadoras que busquem efetivar esses direitos na prática hospitalar.

Figura 2 - Silvio Savat, ex-menino de Barbacena, fotografado em 1979, confundido com um cadáver.



Fonte: (COELHO *apud* ARBEX, 2013, p.105)

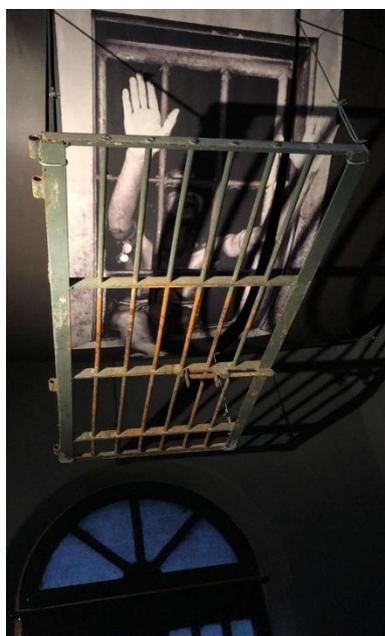
A foto acima retrata a precariedade do maior hospício do Brasil, em grande parte do século XX. Não bastasse ser um evento típico de atos de desumanidades, contrários, na época a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), trata-se, de crime de

maus tratos, previsto expressamente no Código Penal Brasileiro, em seu art. 136, segundo o qual: “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”, punível com pena de reclusão de um a quatro anos, podendo ser qualificado pela lesão corporal grave ou morte.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ficou consagrado no art. 5º, III que, ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante e mais tarde, em 2012, entra em vigor a Lei 12.847 sobre o Sistema Nacional de Prevenção e Combate a tortura, vendando qualquer tipo de conduta que atinja o direito a intimidade, honra e ao intelecto dos cidadãos, mas, mesmo diante de leis que proibam os tratamentos desumanos, eles continuaram ocorrendo dentro dos manicômios do Brasil.

“A história do Estado de Direito, dos direitos humanos e dos direitos fundamentais é a história das lutas contra o absolutismo do poder, contra a liberdade indiscriminada, desmedida, e a favor da dignidade humana e da vida” (CADEMARTORI; GRUBBA, 2012, P.714). Em contrapartida, mesmo diante de algumas conquistas no âmbito legislativo, isso não implica em um ponto final na luta quanto à preservação dos direitos da pessoa humana. São apenas transições, conquistas temporárias para a garantia integral deles.

Figura 3 - Paciente encarcerado em sua cela no hospital psiquiátrico.



Fonte: Fotografia da autora retirada no Museu da Loucura em Barbacena/MG.

Dessa forma, é incontrovertido o fato de que, o papel da psicologia é de propiciar melhorias no quadro clínico e psíquico dos pacientes e do direito, o de resguardar a aplicação da lei no caso concreto. Os direitos individuais da pessoa humana são previstos no topo da Constituição Federal de 1988 em especial por sua importância na vida de todos os brasileiros. Portanto, diante de cristalinas violações, é papel do jurista, legislador, pesquisador, e dos membros de Ministério Público, a fiscalização dos hospitais psiquiátricos e a criação de medidas efetivas que busquem a reinserção do paciente com problemas psíquicos no meio social, em parceria com médicos e psiquiatras que preservem o direito à saúde, à liberdade, à vida, e a dignidade dos portadores de doenças mentais.

O filme, “Nise: o coração da loucura” (2016), conta a história de Nise da Silveira, psiquiatra renomada, que na época de 1944 busca a terapia ocupacional com os pacientes do Centro Psiquiátrico Nacional, ao ponto que, em suas palavras o cliente só precisa ser tratado como ser humano. Seu tratamento buscava, de uma forma digna, tratar os pacientes com a arte, com os animais, para que pudessem mostrar suas aflições e não serem calados por métodos extremamente invasivos e prejudiciais como era feito na época.

Dito isto, um dos ensinamentos deixados por Nise e que precisam ser levados em consideração no tratamento dos portadores de doença mental é que, por mais que o paciente tenha algum problema psíquico que o incapacite relativamente, ele ainda é um ser humano e merece ser tratado como tal. O objetivo de um hospital seja ele o psiquiátrico ou de urgência e emergência é trazer melhorias na saúde do indivíduo que necessita, com fundamento basilar nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal.

Assim, é muito importante que o tratamento realizado não seja um atentado à dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais. Desta forma, em contradição com o exposto, é evidente que, muitas foram as décadas de atrocidades que ocorreram dentro dos hospitais psiquiátricos e que, esta realidade precisa ser alterada para garantir aos portadores de doenças mentais, o mínimo de dignidade, seja por meio da terapia ocupacional, de acompanhamento nos CAPS, de ampliação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou até mesmo pela internação, como última hipótese, sem desrespeitar a vontade do paciente e os direitos a ele inerentes.

3 O TRATAMENTO MANICOMIAL E AS ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS BRASILEIRAS

Após realizar uma análise do tratamento hospitalar até meados de 2001, importante destacar as alterações oriundas da Lei 10.216/01 e da Lei 13.146/15 que modificaram significativamente a forma de tratar os pacientes, tendo como objetivo a sua reinserção na sociedade.

3.1 O tratamento manicomial após o advento da lei 10.216/2001

A denominada reforma psiquiátrica tem como objetivo primordial acabar com a cultura manicomial e buscar a recontextualização dos acometidos de transtornos mentais por meio do asseguramento de seus direitos e suas cidadanias. (ARRUDA NETO, 2005), e por isso, a aprovação da lei citada acima se mostra como uma vitória para os defensores pela luta dos direitos da pessoa com deficiência.

A Lei Antimanicomial, portanto, é a idealização de inúmeros profissionais da saúde, que indignados com o tratamento desumano utilizados nos centros psiquiátricos, buscavam reestabelecer o respeito e preservação dos direitos destes pacientes. No entanto, mesmo com os idealizadores da reforma psiquiátrica, o tratamento manicomial ainda é muito defendido, até mesmo por pessoas bem intencionadas preocupadas com aqueles que precisam de tratamentos, pois é uma forma de a sociedade isolar, ou na visão dos defensores, tratar os pacientes com doença mental.

Em 2009, Ferreira Gullar, publicou no jornal Folha de São Paulo um artigo intitulado como “Uma lei errada” apresentando uma crítica sobre a Lei 10.216/01, posto que, em sua posição, os doentes pobres não conseguiam internação e terminavam nas ruas como mendigos. O poeta dispôs ainda o quanto foi dolorido para ele internar seu filho esquizofrênico para salvá-lo e salvar sua família (GULLAR *apud* ARBEX, 2013).

Dito isto, percebe-se que, não são apenas aqueles que pretendem afastar os doentes mentais da sociedade que defendem a permanência do tratamento manicomial, mas pessoas bem intencionadas, como Ferreira Gullar, que tinha medo da lei da Reforma Antimanicomial deixar os pacientes desassistidos e às ruas na situação de mendigo.

Neste contexto, tendo em vista a internação como medida de ausentar da sociedade aquelas minorias, antes da vigência da Lei 10.216/01, existiam muitas pessoas internadas que sequer eram portadoras de alguma enfermidade, mas que, devido ao preconceito e o desrespeito, eram hospitalizadas contra sua vontade nestes ambientes e, quando saíam, se saíam, tinham adquirido algum problema psiquiátrico diante da realidade visualizada (BRASIL, 2001).

A Lei da reforma manicomial trouxe um instrumento importante para a concretização das normas constitucionais, dispondo, em seu artigo primeiro, que todos os seres humanos são iguais perante a lei, independente de quaisquer circunstâncias e a eles são previstas a proteção das pessoas acometidas de doenças mentais, lhes sendo assegurados todos os direitos (BRASIL, 2001).

O artigo segundo prevê um rol de alguns direitos garantidos ao tratamento dos indivíduos portadores de doenças mentais, *in verbis*:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Deste modo, o que se denota é que a Lei Antimanicomial trouxe no art. 2º diversos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que estavam sendo violentamente violados, visando proteger a dignidade da pessoa humana e a reinserção na sociedade do

paciente com problemas psíquicos. Posto isto, a lei prevê como indispensáveis o respeito, a informação sobre o seu tratamento, o acompanhamento médico, a proteção contra qualquer forma de abuso e ser tratada em ambiente menos evasivo possível.

Em uma análise voltada para o contexto anterior a vigência da lei, é possível perceber que, os doentes mentais não tinham acesso ao melhor tratamento de saúde à medida que eram internados nos manicômios e lá esquecidos por 20, 30, 40 anos, sem efetivas melhorias em seu estado clínico, o que deveria ser o enfoque do tratamento. Além disso, o inciso II do artigo acima era um dos mais violados, sendo que os pacientes eram tratados de formas desumanas, como já dito em outro momento, não tinham acesso sequer à água potável e eram submetidos a tratamentos como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia que transformavam os indivíduos em verdadeiros “mortos vivos” sem qualquer perspectiva de recuperação.

Outro direito presente na Lei da Reforma Antimanicomial e que também era muito violado diz respeito à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração. Em um contexto anterior, existem relatos de que os pacientes, em alguns hospitais, como por exemplo, o Colônia, eram obrigados a trabalhar e não recebiam nenhum pagamento a título de contraprestação pelo serviço exercido, e, o mais inacreditável é que, nem mesmo com a morte podiam descansar em paz, posto que seus corpos eram vendidos para diversas universidades como indigentes (ARBEX, 2013).

Neste sentido, de acordo com Pitiá e Furegato (2009) o que se busca é mais atenção com o estado clínico do paciente e respeito com a sua condição, prescrevendo somente os medicamentos essencialmente necessários de acordo com a indicação psicossocial enfatizando as potencialidades do indivíduo. Nada mais é do que a terapia ocupacional tanto idealizada por Nise da Silveira.

Silveira (1998), propunha, entre formas de terapia ocupacional, uma proximidade entre o paciente e o animal, o que podia ajudar no tratamento de pacientes com distúrbios mentais. Para ela, os gatos ofereciam algo que muitas vezes faltava no ambiente hospitalar: afeto genuíno e estímulos que promoviam conexões emocionais.

Além disso, Nise introduziu o uso da arte como forma de expressão emocional e terapia no Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro. Ela acreditava que as manifestações artísticas espontâneas dos pacientes eram formas genuínas de comunicação do inconsciente. Criou ateliês onde os pacientes podiam pintar, desenhar e modelar argila.

Dessa forma, observou que essas expressões eram uma maneira de acessar a mente do paciente sem interferência invasiva.

Os tratamentos apresentados por Nise, eram a exceção à época, uma vez que, usualmente, os pacientes internados não tinham acesso aos meios de comunicação disponíveis posto que, após a internação, em sua grande maioria, os portadores de doença mental eram ignorados por suas famílias e sofriam sozinhos por detrás dos muros dos hospitais psiquiátricos. Por fim, a utilização dos meios menos evasivos também não ocorria. À época era utilizado o tratamento que estivesse ao alcance da medicina para acalmar o paciente, independente dos reflexos que pudesse lhe gerar em longo prazo, como por exemplo, os próprios choques insulínicos.

Conforme exposto, por praticamente todo o século XX foram utilizados métodos nos pacientes que não respeitavam o mínimo os direitos do indivíduo com enfermidade mental, acabando por, em grande maioria dos casos, piorar o seu estado clínico ou os levar a morte. Isto posto, mister salientar que a lei em análise traz o principal objetivo do tratamento, qual seja: a melhoria do estado do paciente e sua reintegração à sociedade, ao trabalho e à família.

Assim como a Constituição Federal de 1988, a legislação em comento atribuiu em seu art. 4º como responsabilidade do Estado, o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Além de tratar dos direitos dos indivíduos com deficiência, a Lei 10.216/01 previu que só haverá internação quando os tratamentos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, e para que isso aconteça, deverá ter um laudo médico informando a necessidade de um procedimento mais severo para o paciente. Ademais, deve-se atender a uma série de exigências, dentre as quais se ressalta a busca pela reinserção desses sujeitos ao seio social e o oferecimento de assistência integral ao paciente, tais como serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer e outros (BRASIL, 2001).

Uma vez homologada a Lei 10.216 em abril de 2001 pelo Presidente da República, por previsão expressa de seu artigo 5º, fica prescrita a elaboração de política específica

de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente há longo tempo institucionalizado e para as situações de grave dependência institucional, investindo nos chamados “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT) (BRASIL, 2001). Ou seja, uma das medidas da Lei da Reforma Antimanicomial é a desinternação dos pacientes a muito hospitalizados, mediante o instituto da alta planejada, visando à reinserção na sociedade e a desinstitucionalização.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa”, aumentaram a possibilidade de pessoas internadas há muito tempo nos hospitais psiquiátricos voltarem para suas famílias e realizarem um acompanhamento externo, tendo em vista que a internação só será utilizada como último recurso (PITTA, 2011).

Assim, fica claro que tais procedimentos visavam impedir dois grandes problemas enfrentados até a promulgação da reforma: o tratamento manicomial como primeira e única alternativa e a internação involuntária, sem ou com autorização de algum familiar de indivíduos excluídos pela sociedade, que não possuíam enfermidade psicológica, tão pouco laudo médico solicitando o procedimento.

Passada essa análise geral, a Lei 10.216/01 ainda especifica quais as hipóteses de internação podem ser adotadas, sendo elas: a internação voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória, aquela determinada pela Justiça. (art.6º, parágrafo único, I, II e III).

A internação involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público, no prazo de 72 (setenta e duas) horas pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo também ser comunicada sua alta. Presente disposição propicia a inspeção do órgão fiscalizador, na hipótese de possível violação de direitos no ambiente. Não obstante a isso, qualquer fortuito interno que diga respeito ao paciente deverá ser comunicado aos seus familiares e a autoridade sanitária responsável no prazo de 24 (vinte e quatro) horas. Por fim, pesquisas científicas só serão realizadas com o consentimento do paciente ou de seu representante legal.

Referida disposição legal apresenta um avanço sobre o instituto da internação, posto que, antes de sua vigência, qualquer pessoa poderia ser internada contra sua vontade no hospital psiquiátrico, tanto é que, mulheres solteiras, negros e homossexuais foram

hospitalizados simplesmente por serem julgados pela sociedade e não por possuírem enfermidades mentais. Tal fato demonstra que, até mesmo um atestado médico era dispensado, bastando exclusivamente à vontade de um terceiro pelo afastamento do indivíduo.

Assim, mesmo diante da evidente melhoria trazida pela lei quanto ao tratamento e os direitos da pessoa com deficiência mental, há quem diga que as desinstalações dos hospitais psiquiátricos no Brasil demonstra um ato de irresponsabilidade do governo, deixando os pacientes à deriva, o que pode causar danos ainda maiores a sociedade (PACHECO, 2009).

Contudo, apesar de serem factíveis as opiniões divergentes, a desinstitucionalização e a efetiva inserção social de pessoas portador de problemas mentais (aptas a tanto) à comunidade se afiguram como medidas necessárias e de urgência, sob pena de se dar continuidade as arbitrariedades perpetradas em desfavor desse grupo em situação de vulnerabilidade (ARRUDA NETO, 2005).

Ocorre que, os críticos a Lei Antimanicomial estão se preocupando exclusivamente com a sociedade, aquela privilegiada que por décadas teve um tratamento básico de saúde, nunca enfrentou problemas psiquiátricos ou precisou ser hospitalizada contra sua vontade em um ambiente que contraria todos os preceitos básicos da dignidade humana. Obviamente que, se não houvesse políticas públicas suficientes para a inserção dos pacientes na sociedade bem como sua efetiva melhoria, será sim um fator prejudicial para a qualidade de vida da sociedade, mas isso diz respeito à efetividade da lei por parte do Estado e não o seu objetivo. É justamente por isso que as leis devem ser aplicadas para garantir sua máxima efetividade e não se tornar meros papéis sem utilidade.

Em contrapartida ao argumento dos críticos, a lei não veda a internação, ou seja, em casos mais severos em que o tratamento extra hospitalar não surtir os efeitos esperados quanto ao estado clínico do paciente, este poderá ser internado, desde que cumpra os requisitos legais e que tenha os seus direitos constitucionais protegidos. Neste sentido, não há que se falar em desassistência por parte do Estado, mas tão somente em priorização dos direitos tratados na lei.

No entanto, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, apesar dos avanços advindos da Lei 10.216/01, ainda necessita de incrementos. Seja devido à ausência de fiscalização pelos órgãos do Ministério Público ou por não receber atenção necessária do Estado,

alguns ambientes hospitalares continuaram exercendo sua atividade, em contrariedade as disposições legais e constitucionais, inclusive com tratamentos desumanos que não trazem nenhuma possibilidade de reinserção social do paciente. O número de hospitais psiquiátricos no Brasil reduziu muito desde a vigência da Lei Antimanicomial, contudo, se não houver a criação de medidas públicas capazes de incentivar a desinternação e retorno dos pacientes para o seio da sociedade, estes acabam ficando ao léu, o que não demonstra qualquer tipo de avanço (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

A tabela abaixo faz um referencial entre os óbitos de paciente internados nos manicômios de Sorocaba/São Paulo, no período 2004 a 2011, o que comprova que, mesmo após a Lei 10.216/01, muitos seres humanos permaneceram no tratamento asilar, sem perspectiva de melhoria e reinserção social, tendo seus direitos violados diariamente sem que nada seja feito pelo Estado ou pelos órgãos fiscalizadores, como é o caso do Ministério Público.

Figura 4 - Óbitos por ano em decorrência e por manicômio na região de Sorocaba

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Vera Cruz de Sorocaba	19	16	25	18	39	15	15	20	167
Clínica Salto de Pirapora	22	17	20	16	14	19	22	16	146
Vale das Hortências de Piedade	25	13	17	15	15	21	20	19	145
Santa Cruz de Salto de Pirapora	14	23	15	22	12	16	11	15	128
Teixeira Lima de Sorocaba	15	12	10	16	9	10	16	19	107
Hospital Mental de Sorocaba	17	14	11	12	11	12	8	8	93
Jd das Acácias de Sorocaba	9	8	14	6	13	8	12	7	77
TOTAL – região de Sorocaba	121	103	112	105	113	101	104	104	863

Fonte: Garcia (2017, online)

Conforme se denota pela tabela acima, a Lei Antimanicomial por si só não foi suficiente para impedir que os hospitais de Sorocaba/SP continuassem exercendo suas atividades e, conforme pesquisa realizada em 2011 no manicômio Mental pelas secretarias representantes dos Direitos Humanos ficou constatado que o ambiente apresenta violação de vários direitos dos pacientes, como o direito à identidade e ao nome, à liberdade, ao lazer, a não ser receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares entre outras.

Desta forma, é possível concluir que a utilização de métodos vedados pela Lei 10.216/01 continuaram a ser utilizados mesmo após dez anos da vigência deste dispositivo legal. Assim, é cristalino que a mortalidade nestes ambientes ainda existe, o que ressalva a importância de discussão do tema das políticas nacionais de saúde mental a fim de evitar que novas vítimas surjam com o passar dos dias.

Neste sentido, é fato incontrovertido que a lei veio para acabar com a internação manicomial como única hipótese para o tratamento de doenças mentais e exterminar de uma vez por todas o tratamento desumano utilizado por parte dos agentes da saúde no ambiente que era para ser considerado hospitalar, mas só despertava a verdadeira loucura dos que ali se encontravam.

Em contrapartida, resta cristalino que nem todo o país respeitou a disposição legal, e a título de exemplo, a cidade de Sorocaba continuou exercendo o tratamento manicomial repudiado, até meados de 2011, sendo que a pesquisa consta inclusive os dados de mortalidade desse procedimento.

Outrossim, em 2018, por meio da Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos do Brasil na ação conjunta entre o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), ficou constado que há desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019).

De fato, a lei Antimanicomial tem sido ignorada por parte do judiciário brasileiro a partir do ponto de vista de que os loucos são perigosos e precisam ficar internados e afastados da sociedade (AMORIM, 2015). Dessa forma, é justamente por este motivo que, na prática, a luta pela Reforma Psiquiátrica precisa de incrementos.

Pacheco (2009) cita que alguns pontos indispensáveis para essa melhoria são: a redução de leitos em hospitais de cunho psiquiátrico, a geração de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a incorporação da saúde mental nas políticas de atenção básica à saúde, e incentivo aos programas assistencialistas. Mas não somente, é necessário que ocorra a devida fiscalização por parte do Ministério Público nos hospitais com características

asilares e que existam efetivas medidas públicas criadas pelo Estado que incentivem a ressocialização do paciente com a sociedade.

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de medicina (CFM) e publicada em 20 de março de 2017, deixou claro que em 11 anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos de internação psiquiátricos que possuía para atendimento de pacientes no âmbito da rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades. Em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097, um número que deve ser reduzido ainda mais com a manutenção da política governamental de desestímulo à existência de serviços que ofereçam acesso a esse tipo de tratamento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Desta forma, é evidente que, ao menos parte do país seguiu as regras da Lei 10.216/01, em respeito à dignidade da pessoa humana e a saúde como direito social inerente a todo e qualquer cidadão. O que precisa ser feito, além das medidas acima expostas é um incentivo geral, a fim de atingir os hospitais que ainda continuam exercendo suas atividades em desacordo com a legislação pátria, buscando como objetivo principal, a ressocialização e melhora do paciente, além de um tratamento digno, em respeito às condições especiais de cada um e em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

3.2 Uma Análise da Lei 10.216/01 sob a Lente da Dignidade da Pessoa Humana

Em capítulo próprio desse artigo, foi discorrido sobre os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana. O conjunto de garantias fundamentais, como a própria liberdade, integridade e saúde compõe a dignidade humana sedimentado no artigo 1º, inciso III da Constituição Federal. A reinserção social, tratando de uma garantia a todos as pessoas, também compõe referido direito. Portanto, os direitos fundamentais se traduzem na autonomia individual frente ao Estado.

A autonomia das pessoas, portanto, é assegurada e possível porque há direitos que inibem que o Estado e terceiros restrinjam liberdade individuais. De tal modo, foi abordado no decorrer desse artigo diversos métodos de tratamentos a pessoas com deficiência mental ao longo dos anos que, na verdade, consistiam em apenas métodos de

tortura, por consequência, totalmente ineficazes que, quando não apenas agravando mais a situação do paciente, os levavam até, em muitos casos, ao óbito.

A preservação da dignidade da pessoa humana e demais direitos fundamentais são, portanto, uma defesa do cidadão ao Estado. No caso de pacientes com problemas mentais, referidos direitos são uma garantia contra um tratamento degradante e desumano, assegurando, com o impedimento de práticas torturantes, o direito à vida. “O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais direitos” (Moraes, 2023, p. 116). O Ministro ainda explica que o direito a vida não consiste somente em continuar viva, mas também a uma subsistência digna.

Logo, a dignidade da pessoa humana assume o papel de valor fundamental a ser respeitado em todas as situações, o que inclui a de pessoas com transtornos mentais. Portanto, todo o ordenamento jurídico deve ser analisado sob a luz desse direito, visto que se trata de um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, guiando a também denominada constituição cidadã. Sobre a dignidade da pessoa humana, para possibilitar uma visão mais aprofundada, pode ser interpretada como:

A dignidade é um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca ao Direito à Felicidade (MORAES, 2023, p. 67).

Os direitos assegurados a todos se mostram como emanções do princípio basilar abordado. Assim, a dignidade da pessoa humana é um valor intrínseco que fundamenta o respeito pela autodeterminação consciente e responsável de cada indivíduo, assegurando a todos o direito de serem tratados com estima e respeito. Essa concepção, em certa medida, se alinha diretamente com os princípios estabelecidos na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, já abordada nesse artigo. A lei destaca que esses direitos devem ser assegurados sem qualquer tipo de discriminação, reafirmando a inviolabilidade da dignidade humana independentemente de características pessoais, condições sociais ou gravidade da condição de saúde.

Ao determinar que as pessoas com transtornos mentais tenham acesso ao melhor tratamento disponível, de acordo com suas necessidades, a lei buscar materializar o princípio da dignidade, em uma tentativa de promover um cuidado humanizado e que respeita a individualidade. Além disso, ao estabelecer que o tratamento deve visar a recuperação por meio da inserção social e da convivência familiar, reflete a busca pela autonomia e pela felicidade como um direito essencial, em harmonia a definição do Ministro do STF Alexandre de Moraes, já referenciado. A proteção contra abusos, o sigilo das informações e o acesso a ambientes terapêuticos menos invasivos demonstram um compromisso em preservar o respeito e o bem-estar das pessoas em sofrimento mental.

A lei ainda reforça a responsabilidade do Estado em assegurar políticas públicas que promovam a reintegração social e a assistência integral aos pacientes, sempre respeitando suas necessidades e singularidades. A vedação a internações em instituições asilares, desprovidas de recursos que garantam o cuidado digno, e a promoção de políticas de alta planejada e reabilitação psicossocial evidenciam que o objetivo é, além de tratar, restaurar a cidadania e a dignidade das pessoas, integrando-as plenamente à sociedade.

Ao regulamentar as condições para internações psiquiátricas, voluntárias, involuntárias ou compulsórias, a lei reforça a proteção da liberdade e da dignidade do paciente, exigindo justificativas claras e controle por parte do sistema de saúde e do judiciário.

Todavia, embora a Lei nº 10.216/2001, represente um marco na política de saúde mental no Brasil ao promover a desinstitucionalização, a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a ressocialização, há ainda lacunas a serem preenchidas.

Em relação a papel do Estado, como já mencionado, ainda há hospitais psiquiátricos em funcionamento, mesmo com mais de 20 anos e vigência da lei. O Hospital Psiquiátrico de Juqueri, uma das mais antigas colônias psiquiátricas do país, estava funcionando até o ano de 2021. O Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná (2019) cita que todos os pacientes remanescentes mesmo em que todos estavam em condições de receber alta, sem sofrerem nenhum tipo de surto psicótico.

Dessa forma, um dos principais problemas atuais está relacionada à insuficiência de infraestrutura para dar suporte ao modelo comunitário de atenção à saúde mental. A ineficiência somada a ausência de novos programas governamentais gera, como consequência, a permanência de diversas pessoas com transtornos mentais em ambiente

de internação compulsória, em clínicas psiquiátricas, mesmo no caso de que essas pessoas poderiam estar passando por tratamentos alternativos, sem a necessidade de permanência em medida extrema.

Portanto, apesar de a lei priorizar o atendimento em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços substitutivos, a quantidade desses equipamentos no país é frequentemente insuficiente, especialmente em regiões menos desenvolvidas. Isso cria desigualdades no acesso aos cuidados, dificultando a efetivação dos princípios da lei em locais em que há escassez de recursos.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também como uma forma de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais, padece de maior investimento governamental na busca de acelerar a retirada das pessoas ainda confinadas em hospitais psiquiátricos. Ademais, ainda faltam políticas públicas eficazes de reabilitação psicossocial, inclusão social e no mercado de trabalho e suporte à autonomia desses indivíduos, o que poderia levar à marginalização ou até mesmo ao abandono em casos de saída não assistidas de centros psiquiátricos.

Além do papel do executivo, o legislativo também mostra omissão no que tange especificamente os doentes mentais. Em 2019, entrou em vigor a Lei 13.840, para dispor sobre as políticas públicas sobre drogas. Apesar de semelhanças no tratamento sobre a internação, em se tratando de dependente de drogas, percebe-se uma atenção maior e um avanço legislativo, como no artigo 23-A, parágrafo 2, da Lei 13.840/2019 que estabelece que:

Art. 23-A. §2º. A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação (BRASIL, 2019).

Percebe-se o maior foco na multidisciplinaridade de acompanhando ao paciente a fim de garantir de forma mais eficiente a sua recuperação. Todavia, percebe-se o desinteresse dos legisladores em propor novas medidas em harmonia ao avanço da ciência, para garantir o melhor respeito a dignidade das pessoas com transtornos mentais.

Por fim, há uma ausência de fiscalização pelo Ministério Público e demais órgãos competentes sobre os tratamentos realizados nas clínicas psiquiátricas existentes,

considerando que frequentemente saem notícias de tratamentos desumanos correntes nesses locais. O judiciário também tem papel de suma importância, considerando que cumpre também o papel de fiscalização com o objetivo de garantir que os procedimentos estejam alinhados à legalidade.

Atribui-se também ao Judiciário o papel de verificar se as internações involuntárias são justificadas, por meio de avaliação dos relatórios médicos e os motivos apresentados para a privação de liberdade. Trata-se de um controle fundamental para evitar internações desnecessárias ou arbitrárias, garantindo que os princípios constitucionais amplamente abordados sejam respeitados.

Todavia, também se vê uma falta de desinteresse do judiciário em ampliar o tratamento e cuidado aos pacientes. A mera observância se os requisitos para internação involuntária foram cumpridos e, posteriormente, ausência de revisão se o paciente deve permanecer privado expõe omissão. Ademais, indiretamente, o judiciário poderia influenciar a formulação e implementação de políticas públicas relacionadas à saúde mental ao julgar casos de omissão do Estado em fornecer serviços adequados. Isso porque as decisões judiciais poderiam determinar a expansão de serviços substitutivos, como CAPS e residências terapêuticas, bem como a destinação de recursos para políticas de reabilitação psicossocial em conformidades com as leis.

É visível que a Lei nº 10.216/2001 trouxe muitos avanços no respeito as pessoas com transtornos mentais, em uma evidente tentativa de assegurar que seus direitos fundamentais sejam observados. Elementos que constituem a dignidade da pessoa humana estão explícitos na referida lei.

3.3 A Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146/15) e a internação involuntária

Um importante instrumento de análise das melhorias do tratamento da pessoa com deficiência no Brasil é a Lei 13.146/15. Devido a isto, ela foi a responsável por alterar a capacidade civil e incluir as pessoas deficientes no rol de capazes para os atos da vida civil, e, portanto, tem intensa relação com o tratamento manicomial no país.

Com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, o ordenamento jurídico brasileiro passou a privilegiar a vontade e as preferências da pessoa com deficiência, reconhecendo sua autonomia como um reflexo da dignidade humana (DINIZ, 2020).

A Lei n.13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão (LBI), tem como principal objetivo, expresso em seu artigo 1º, *“assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania”*.

Para realizar uma análise sobre a LBI, é necessário fazer um estudo sobre a legislação civilista e a teoria das capacidades. O Código Civil de 2002, a partir do paradigma da incapacidade absoluta do Código de 1916, passou a analisar o grau de incapacidade para enquadrar os indivíduos no rol de absolutamente ou relativamente incapazes. Conforme previsão do art. 3º deste diploma legal consideravam-se absolutamente incapazes as pessoas que não tiverem o discernimento necessário para os atos da vida civil, de forma permanente ou transitória (BRASIL, 2002).

No entanto, com a Lei Brasileira de Inclusão, a noção de capacidade passa a levar em consideração à própria pessoa e não apenas os seus interesses patrimoniais, o que propicia ao indivíduo, cada vez mais, o exercício da dignidade humana (EHRHARDT JUNIOR; BATISTA, 2018).

A Lei 13.146/2015 alterou profundamente a teoria das capacidades ao extinguir a incapacidade absoluta das pessoas com deficiência, reconhecendo-lhes autonomia para a prática de atos da vida civil, desde que possam expressar sua vontade, mesmo que necessitem de apoio para sua manifestação (DINIZ, 2020)

Desta forma, com a vigência da Lei 13.146/15, o art. 3º do Código Civil foi modificado, sendo considerados como absolutamente incapazes somente os menores de 16 anos, e, aquele que não tiver discernimento para os atos da vida civil, passam a ser incluídos no rol de relativamente incapazes (art. 4º). Com isso, passa-se a considerar que o sofrimento mental não gera, necessariamente, a completa incapacidade, ocasionando a inclusão da pessoa dos atos civis (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Assim, a capacidade civil passa a ser garantida a todos independentemente de sua capacidade mental e, na hipótese de impossibilidade da tomada de decisões de forma

isolada, é obrigação do Estado e da sociedade a disponibilização de uma rede de apoio ao portador de doença mental (EHRHARDT JUNIOR; BATISTA, 2018).

Essa lei altera, então, significativamente a capacidade para os atos da vida civil das pessoas com deficiência, sobretudo aquelas com sofrimento mental, considerando-as plenamente capazes, em igualdade de condições com os demais indivíduos (art. 84) (BRASIL, 2015).

Anterior a Lei 13.146/15, o indivíduo portador de enfermidade mental era incluído no rol dos absolutamente incapazes e se tornava incapaz para exercer os seus direitos civilmente. No entanto, retirar a capacidade das pessoas portadoras de doença mental, era uma das formas de coisificar o indivíduo, contribuindo para a manutenção do seu quadro psíquico. Noutro ponto, compreender o doente mental como capaz e responsável pelos seus atos civis, é uma situação que produzirá efeitos jurídicos compatíveis com o grau ou o nível que esta responsabilidade pode gerar (DEL'OLMO e CERVI, 2017). Dito isto, mister se faz ressaltar as alterações trazidas pela LBI, em especial no que tange a valorização da pessoa com deficiência.

O enfoque da mudança foi o de justamente considerar a pessoa portadora de doença mental como verdadeiro sujeito de direitos, o que também coincide com os objetivos da Lei 10.216/01 e da luta pela reforma manicomial no Brasil, posto que, além de buscarem a humanização dos tratamentos utilizados e a ressocialização do paciente, têm como enfoque a igualdade entre o indivíduo e a coletividade, inclusive no que tange ao tratamento fornecido pelo Estado.

De fato, “a LBI surge como um documento que além de propiciar a inclusão, tem por objetivo alterar outras normas já existentes, como forma de harmonizá-las a Convenção Internacional” (ALMEIDA; SOUZA, 2018, online). Neste contexto, denota-se que o rol de direitos das pessoas deficientes incluídas pela lei foi ampliado, conforme se abstrai pelo art. 6º da Lei 13.146/15, segundo a qual:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL, 2015)

Dessa forma, tendo em vista as alterações inseridas pela lei acima, denota-se que houve uma ampliação quanto ao direito familiar do indivíduo portador de alguma deficiência, lhe sendo atribuído o direito de casar, se reproduzir e ter filhos adotivos.

Diniz (2020) analisa essas alterações como uma evolução significativa na teoria das capacidades, trazendo o Direito Civil para um paradigma mais inclusivo e respeitoso. No entanto, ela também aponta desafios na aplicação prática dessas normas, como a formação de redes de apoio eficazes e a capacitação do sistema jurídico para lidar com as demandas das pessoas com deficiência. A autora reconhece que essa mudança não apenas reformulou a teoria das capacidades, mas também reforçou a função social do Direito, garantindo maior igualdade e dignidade a todos.

Ademais, outros institutos do direito civil sofreram significativas alterações, como a tutela e a curatela. Conforme Souza e Almeida (2018) com o fortalecimento do princípio da igualdade constante no art. 84 da Lei Brasileira de Inclusão, a curatela passou a ser limitada somente as questões de natureza patrimonial e negocial, não envolvendo mais a prática cotidiana dos atos da vida civil.

A curatela, antes aplicada de forma ampla, foi restringida a uma medida excepcional, destinada apenas à proteção de interesses patrimoniais e negociais da pessoa com deficiência, respeitando sua autonomia para decidir sobre aspectos existenciais (DINIZ, 2020).

Não obstante, como forma de permitir a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade, bem como o exercício da autodeterminação por essa mesma pessoa, o Estatuto da Pessoa com Deficiência inovou ao trazer um mecanismo denominado “Tomada de Decisão Apoiada” (TDA) (EHRHARDT JUNIOR; BATISTA, 2018).

Conforme afirma Requião citado por Ehrhard Junior e Batista (2018), o procedimento da tomada de decisão apoiada confere ao portador de deficiência a autonomia da vontade, uma vez que, diferentemente da curatela, presente instrumento permite ao indivíduo a escolha de seus apoiadores, respeitando assim, seu direito à autodeterminação.

Nesta senda, Diniz (2020), destaca que a tomada de decisão apoiada, introduzida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, constitui um avanço significativo ao permitir que pessoas com deficiência escolham apoiadores de sua confiança para auxiliá-las na prática de atos jurídicos, sem que isso implique na supressão de sua capacidade.

Posto isto, a LBI incluiu no Código Civil de 2002, o art. 1.783-A, que dispõe sobre todo o procedimento da Tomada de Decisão Apoiada, segundo o qual:

Art. 1.783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

§ 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar.

§ 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no caput deste artigo.

§ 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio.

§ 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado.

§ 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação comercial pode solicitar que os apoiadores contra assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado.

§ 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão.

§ 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz.

§ 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio.

§ 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada.

§ 10. O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria.

§ 11. Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela (BRASIL, 2002).

Assim, a tomada de decisão apoiada é um procedimento que consiste na escolha de duas pessoas idôneas e de confiança para acompanhar o portador de doença mental nas decisões da vida civil. Dessa forma, para a validade do pedido é necessário à assinatura de um termo que inclua os limites e o prazo de validade do acordo, além de ser submetido à apreciação judicial. Se, em qualquer momento, a pessoa apoiada sentir que não precisa mais dos apoiadores, é lícito solicitar o término do acordo e o retorno do exercício dos atos civis de forma individualizada.

Não obstante, em consonância com a Constituição Federal, novamente, a Lei Brasileira de Inclusão reforça a necessidade de garantir o direito à vida, a reabilitação na sociedade, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho digno e à mobilidade urbana, de forma que, somente assim, os portadores de qualquer tipo de deficiência possam exercer, efetivamente, a dignidade da pessoa humana tanto almejada.

Conforme os pretextos de Del’Olmo e Cervi (2017), para que possa existir efetividade quanto a Lei de Brasileira de Inclusão em harmonia com a Reforma Psiquiátrica, o Estado precisa se comprometer em providenciar medidas de inclusão das pessoas deficientes no seio social além de oferecer a fiscalização necessária para que os tratamentos oferecidos vislumbrem o interesse da pessoa a que se destina a assistência, visando pela melhoria do paciente e respeito aos seus direitos. A família deve permanecer presente no tratamento, sendo o pilar que irá atuar na melhoria do estado do paciente e, por fim, a sociedade deve visualizar o doente mental como igual, buscando promover uma melhor convivência e sua reinserção social.

Aqueles que a muito eram vistos como loucos e excluídos da sociedade precisam ser reconhecidos como sujeitos de direitos, capazes para os atos da vida civil e tratados, em pés de igualdade material, com os demais cidadãos que até então não possuem deficiência mental.

Em uma análise mais abrangente, por mais que a Lei 10.216/01 e a Lei 13.146/15 tenham objetivos semelhantes, qual seja o tratamento humanitário das pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, em especial a mental, em um ponto específico restou evidente um conflito de normas, o que tem gerado divergências de opiniões.

A Lei Antimanicomial, prevê, em seu art. 6º, inciso II a possibilidade da internação involuntária, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e, em contrapartida, a LBI preceitua que os deficientes mentais são relativamente

incapazes, podendo praticar todos os atos da vida civil e inclusive se responsabilizar por eles.

No que tange o aspecto da internação, trata-se de uma criação institucional própria ao século XVII. Desde o princípio, sua dimensão foi tão ampla que não pode ser comparada à prisão como era concebida na Idade Média. Como estratégia econômica e medida de precaução social, ela representa uma verdadeira inovação. No entanto, na história da loucura, marca um acontecimento crucial: o instante em que a loucura passa a ser vista dentro do contexto social da pobreza, da inaptidão para o trabalho e da exclusão do convívio coletivo; o momento em que começa a se entrelaçar com as questões fundamentais da organização urbana. Em um paradigma global, a internação involuntária na Europa era utilizada como forma de adquirir mão de obra barata, em que os “presos” deveriam servir para a prosperidade de todos (FOUCAULT, 1972)

Para Foucault (1972), internamento clássico havia criado um estado de alienação que só existia do lado de fora, para aqueles que internavam e que só reconheciam o interno como Estranho ou Animal; Pinel e Tuke, nesses gestos simples em que a psiquiatria positiva paradoxalmente reconheceu sua origem, interiorizaram a alienação, instalaram-na no internamento, delimitaram-na como distância entre o louco e ele próprio, instituindo-o com isso em mito.

Dessa forma, cria-se um espaço de isolamento dentro do sistema de internamento, um vazio que separa a loucura e a expõe em sua essência mais inconciliável e intolerável para a razão. A loucura agora se destaca, diferenciando-se de todas as outras formas de confinamento. A presença dos loucos assume o símbolo de uma injustiça, mas uma injustiça direcionada não a eles, e sim aos demais (FOUCAULT, 1972)

Desta maneira, com intuito de manter em harmonia entre a Lei Brasileira de Inclusão e o instituto da internação involuntária previsto na Lei Antimanicomial, a Resolução 8/2019 dispôs, em seu art. 17, parágrafo único que:

Dada a gravidade e excepcionalidade da internação involuntária, um mecanismo obrigatório para a salvaguarda de direitos é a comunicação ao Ministério Público em até 72h de sua ocorrência. O mesmo também devendo ser realizado caso a internação voluntária passe a ser involuntária ao longo do curso do internamento. O mesmo procedimento de comunicação deverá ser realizado quando a alta for efetivada (BRASIL, 2019).

No entanto, mesmo com a resolução 8/2019, um quesito quanto a internação involuntária ainda não foi solucionada, existindo um evidente conflito aparente de normas. Como dito acima, o art. 6º, inciso II da Lei 10.216/01 explica o instituto da internação involuntária como sendo aquele realizado a pedido de terceiros sem a autorização do paciente. No entanto, com o advento da Lei 13.146/15, o indivíduo portador de doença mental é considerado capaz para os atos da vida civil, podendo inclusive tomar as decisões que lhe digam defeito, ou, na impossibilidade, escolher dois indivíduos de sua confiança para ajudá-lo.

Uma primeira forma de resolução deste conflito seria a alteração do art. 6º, inciso II da Lei 10.216/01, para considerar a internação involuntária aquela realizada a pedido dos apoiadores do paciente na hipótese de não poder se manifestar amplamente sobre seu próprio estado psíquico.

Contudo, tendo em vista que ainda não houve alteração na Lei de Reforma Antimanicomial, devem ser levados em consideração os critérios para resolução dos conflitos entre normas a fim de decidir qual legislação prevalecerá. Poderá, para tanto, ser utilizado o critério hierárquico, em que a lei superior prevalece sobre a inferior; o cronológico em que a lei mais nova prevalece sobre a mais antiga; e o da especialidade, em que a lei especial prevalece sobre a lei geral (FARIAS; ROSENVALD apud. SOUZA; ALMEIDA, 2018).

Conforme pode se observar, a LBI possui a mesma hierarquia Lei Antimanicomial, pois ambas são leis federais, descartando desde logo o critério hierárquico. Entretanto, tanto o critério cronológico como o da especialidade podem ser utilizados para a resolução deste conflito. De acordo com o cronológico, deverá prevalecer a Lei 13.146/15, de forma que, levando em consideração a alteração da capacidade do agente, a internação involuntária não poderia mais ser utilizada, por estar em contrariedade com as novas disposições legais. Já com base no critério da especialidade, deverá prevalecer a Lei 10.216/01 posto que trata especificamente sobre o modelo assistencial em saúde mental e a LBI engloba de forma geral os direitos da pessoa com deficiência.

Ante o exposto, tendo em vista que o instituto da curatela passou a ser utilizado somente no que diz respeito a questões patrimoniais e que a partir de 2016 o indivíduo portador de deficiência mental passou a ser considerado relativamente capaz, o instituto

da internação involuntária passa a ser contrária a Lei 13.146/15 à medida que permite a interferência de um terceiro na capacidade e no direito de decisão do indivíduo portador de transtornos mentais.

No entanto, até a presente data, o assunto da internação involuntária e a capacidade do doente mental ainda não chegaram a serem amplamente discutidos nos tribunais brasileiros, de forma que, até então, não foi criado um posicionamento majoritário ou minoritário sobre o tema, além de não existir um melhor critério a ser adotado neste conflito aparente de normas. Neste contexto, as decisões poderão variar de acordo com o entendimento do julgador em cada caso concreto.

Portanto, o internamento visto antes da Lei 13.146/15 não tinha nenhuma unidade institucional além daquela que lhe pode conferir seu caráter de "polícia". Está claro possuía nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica e, portanto, o internamento só podia identificar-se com o arbitrário aos olhos de uma crítica política. Era utilizado, em sua grande maioria, como forma de excluir da sociedade aqueles que traziam algum transtorno para as classes altas. Contudo, com o advento da Lei, bem como da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o aspecto da internação, passou a ser utilizado como *ultima ratio*, devendo preencher alguns requisitos mínimos para a sua utilização.

Para se chegar um entendimento mútuo e assertivo sobre o tema, mostra-se imprescindível uma discussão aprofundada sobre o assunto. Existem diversos meios de debater o tema considerando os preceitos fundamentais assegurados a todos os indivíduos, que merecem respeito em todas as circunstâncias, e medidas médicas que possam atacar determinados direitos a fim de assegurar outros.

Uma forma de analisar tal aspecto se mostra através do processo da ação comunicativa, proposta pelo filósofo alemão Jurgen Hermans que enfatiza a importância da comunicação, pautada na racionalidade, na busca de construir um entendimento ideal para trabalhar determinada questão. Dessa forma, por meio da comunicação entre vários sujeitos, há uma busca para compreender a situação e os planos de ação para alcançar um fim, fim este desnudado de interesses meramente individuais, mas coletivos. Por tal meio, com a interação das pessoas, utilizando-se da linguagem como forma de comunicação, deve-se haver uma busca em um consenso livre de coações, em um debate racional, a fim de atingir um objetivo que beneficie a todos de forma igualitária.

O filósofo destaca a importância da comunicação entre diferentes sujeitos para alçar a compreensão de um problema objetivo:

A fim de entender-se sobre algo, os participantes não necessitam apenas compreender as proposições utilizadas nos proferimentos: eles têm de ser capazes de se comportar uns em relação aos outros, assumindo o papel de falantes e ouvintes – no círculo de membros não participantes de sua (ou uma) comunidade linguística. As relações recíprocas e interpessoais, determinadas pelos papéis do falante, tornam possível uma auto relação, que não precisa mais pressupor a reflexão solitária do sujeito agente ou cognoscente sobre si mesmo enquanto consciência prévia. A autorreferência surge de um contexto interativo (HABERMAS, 2002, p. 33).

Apesar do papel importante da comunicação, destacado por Habermas, percebe-se uma ausência de interesse pela grande mídia e o legislativo em buscar uma solução mais humanizada ao tratamento de pessoas com deficiência mental, cabendo muitas vezes ao judiciário preencher lacunas. No tópico seguinte, será abordado o entendimento contemporâneo dos tribunais brasileiros sobre a Lei 10.216/2001 e a aplicação da internação compulsória.

Diante do nítido conflito aparente de normas, ousar dizer que, por mais que tenhamos critérios como o da especialidade, critério hierárquico e cronológico, a resolução desse embate infraconstitucional não se solucionaria de maneira tão simples. Tanto é que, praticamente dez anos após a vigência da LBI, ainda não há uma forma concreta de resolver tal pendência.

O importante, neste caso, é utilizar a ponderação e analisar o caso concreto. A decisão da suprema corte abaixo expõe uma questão interessante de se analisar.

EMENTA AGRAVO INTERNO EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE DEPENDENTE QUÍMICO DECLARADO INIMPUTÁVEL. POSSIBILIDADE DE O PODER JUDICIÁRIO DETERMINAR A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PREVISTAS CONSTITUCIONALMENTE. LIMITAÇÃO ORÇAMENTÁRIA. NECESSIDADE DE DEMONSTRAÇÃO DE MOTIVO OBJETIVAMENTE MENSURÁVEL. 1. O Supremo tem firme entendimento pela possibilidade de o Judiciário determinar ao poder público, quando inadimplente e em situações excepcionais, o implemento de políticas públicas constitucionalmente previstas. 2. A compreensão do Supremo acerca da limitação orçamentária para o cumprimento da obrigação de fazer determinada em ação civil pública é no sentido de que “o Poder Público, ressalvada a ocorrência de motivo objetivamente mensurável, não pode se furtar à observância de seus encargos constitucionais” (RE 820.910 AgR, ministro Ricardo Lewandowski). 3. Agravo interno desprovido.

(RE 1355103 AgR, Relator(a): NUNES MARQUES, Segunda Turma, julgado em 20-03-2023, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-s/n DIVULG 17-04-2023 PUBLIC 18-04-2023)

Neste agravo interno em recurso extraordinário, a questão demandada gira em torno da interferência do Poder Judiciário na questão orçamentária do Estado do Tocantins. Ocorre que, além dessa questão, denota-se que o Recurso Extraordinário discorria sobre a possibilidade da internação compulsória de um dependente químico ser arcada pelo Estado. O que se levou em consideração para o julgamento do caso concreto foram os direitos à vida e à saúde, indispensáveis a qualquer cidadão.

Não obstante ao narrado, vemos que, se trata de um caso julgado após a vigência da Lei 13.146/2015, mas que não foi discutida a questão da capacidade do dependente químico quando estava em xeque a sua internação. O que abordaram, diz respeito somente a questão orçamentária do Estado. Ademais, apesar de não ter sido citada a capacidade do agente, fato importante que merece destaque foi a afirmação do Ministro Relator, Nunes Marques, de que a internação somente será aplicada quando frustradas outras formas de tratamento tentadas anteriormente (em conformidade com os expostos da Lei 10.216/01). Esse ponto, por si só, demonstra que, o objetivo da internação, em sendo medida extrema, era o de resguardar os direitos do agente, que possivelmente já havia sido submetido a outros tratamentos, o que, apesar de existir uma afronta com a questão da capacidade civil, não apresenta embate com os princípios constitucionais de maneira geral.

Em outro julgado, desta vez do Superior Tribunal de Justiça – (STJ), o tema da internação em casos de curatela é novamente abordado, conforme segue:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE CURATELA/INTERDIÇÃO. SENTENÇA QUE RECONHECE A SUFICIÊNCIA DA PROVA PERICIAL PRODUZIDA. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO OPOSTOS SOBRE OMISSÃO EXISTENTE. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO NÃO JULGADO AO FUNDAMENTO DE INSUFICIÊNCIA DE PROVA. IMPOSSIBILIDADE. CERCEAMENTO DO DIREITO DE DEFESA E DO DIREITO À PROVA. AÇÃO DE INTERDIÇÃO. JULGAMENTO ANTECIPADO. IMPOSSIBILIDADE. NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL ADEQUADA A RESPEITO DA EXISTÊNCIA E EXTENSÃO DA PATOLOGIA. PERITO. CONSTATAÇÃO SUPERVENIENTE DA AUSÊNCIA DE QUALIFICAÇÃO PARA O EXAME DE TODAS AS QUESTÕES FÁTICAS. DETERMINAÇÃO DE NOVA PERÍCIA OU OPORTUNIZAÇÃO DE REQUERIMENTO À PARTE. NECESSIDADE. DOENÇAS DE NATUREZA PSÍQUICA. OBSERVÂNCIA DA ESPECIALIDADE MÉDICA DA PSIQUIATRIA. EXAME POR CLÍNICO GERAL E POR ORTOPEDISTA. INADEQUAÇÃO.

1- Ação proposta em 01/07/2020. Recurso especial interposto em 23/05/2023 e atribuído à Relatora em 18/03/2024.

2- Os propósitos recursais consistem em definir: (i) se há nulidade da sentença e do acórdão, quanto ao pedido de internação compulsória, por violação ao contraditório, ao devido processo legal e à necessidade de nomeação

qualificada do perito; (ii) se a sentença e o acórdão recorrido negaram o correto atendimento e o acompanhamento médico e psicológico à parte.

3- A sentença que dispensa a dilação probatória ao fundamento de que as provas produzidas seriam suficientes ao exame da questão controvertida, mas que, ao resolver embargos de declaração opostos diante de omissão efetivamente existente, afirma que o pedido que não havia sido decidido é improcedente por insuficiência de provas, cerceia o direito à prova da parte e viola o contraditório. Precedentes.

4- Nas ações de interdição, é inadmissível, como regra, o julgamento antecipado total ou parcial do mérito, diante da necessidade de produção de prova pericial que elucide adequadamente a existência e extensão da eventual patologia do interditando.

5- Constatado, após a produção da prova pericial, que o perito inicialmente indicado não possuía a qualificação necessária para examinar todos os aspectos da questão fática controvertida, é dever do juiz determinar de ofício a produção da prova pericial complementar pelo profissional especializado ou, ao menos, facultar à parte o direito de produzir a prova complementar que fora reputada como necessária.

6- A especialidade médica em debate - doença de natureza psíquica - pressupõe a realização de exame clínico por profissional da especialidade psiquiátrica e a elaboração de laudo específico para a constatação da existência e da extensão da patologia, especialmente quando há pedido de internação baseado nos arts. 4º e seguintes da Lei nº 12.016/2001, não sendo adequado o exame clínico por clínico geral e por ortopedista.

7- Recurso especial conhecido e provido, para anular a sentença e determinar a realização de nova prova pericial ou prova pericial complementar, por perito especializado em transtornos psiquiátricos, especificamente voltada à apuração da necessidade, ou não, de internação voluntária, prejudicado o exame das demais questões.

(REsp n. 2.141.414/SP, relatora Ministra Nancy Andrigui, Terceira Turma, julgado em 21/5/2024, DJe de 24/5/2024.)

O Recurso Especial em análise, discorre sobre a possível nulidade da sentença do juízo a quo, em uma ação de curatela cumulada com pedido de internação involuntária. Na sentença de primeiro piso, o juiz julgou procedente os pedidos iniciais para determinar a interdição da parte e nomear o autor como curador, mas, com relação a internação involuntária, julgou improcedente pela ausência de provas sobre a imprescindibilidade do tratamento.

Em sede de recurso especial, o que foi questionado pelo Recorrente, foi a nulidade da sentença, pelo cerceamento de defesa, uma vez que o juízo determinou o julgamento antecipado do mérito por estar convicto das razões do demandante, e, posteriormente, em ato contraditório, julgou improcedente o pedido de internação por ausência de provas.

A ministra relatora, Nancy Andrigui, quando do julgamento do caso, entendeu estar presente a causa de cerceamento de defesa e determinou que fosse declarada nula a

sentença e que fosse produzida nova prova pericial, por especialista, para posterior análise do pedido da internação involuntária.

Sem maiores delongas, o objetivo é analisar a questão da alteração das capacidades, no julgado em apreço e, novamente, assim como na decisão do STF, sequer foi citado pela relatora a possível impossibilidade de decretação da internação involuntária uma vez que a curatelada, apesar de interditada, não pode ser considerada incapaz para os atos da vida civil e, por consequência disso, não poderia ser internada contra sua vontade.

Para finalizar a discussão, gostaria de trazer para a baila uma jurisprudência, ainda sobre o mesmo tema, porém do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais – (TJMG).

EMENTA: DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. INDENIZAÇÃO. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA EM CLÍNICA TERAPÊUTICA. DANOS MORAIS E MORAIS. AUSÊNCIA DE ABUSO OU ILICITUDE. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO INICIAL. RECURSO DESPROVIDO.

Apelação cível interposta contra sentença que julgou improcedentes os pedidos formulados em ação de indenização por danos morais, relativa a internação involuntária do autor, supostamente ocorrida de forma abusiva e sem seu consentimento.

Discute-se a caracterização de abuso ou ilicitude na internação involuntária do autor; bem como sobre a existência de danos materiais e morais decorrentes dessa internação.

A internação involuntária é legalmente permitida, desde que realizada conforme os procedimentos estabelecidos na Lei nº 10.216/2001, e desde que seja autorizada por médico registrado e comunicada ao Ministério Público dentro do prazo legal, o que foi comprovado no caso em questão. A internação do apelante ocorreu a pedido de seu genitor e foi devidamente documentada, atendendo às exigências legais, não havendo indícios de abuso ou conluio da clínica com os familiares do autor, tampouco de maus tratos durante o período de internação. Não comprovada qualquer ilicitude ou dano moral na conduta da clínica, correta a sentença que julgou improcedente o pedido de indenização. Recurso desprovido.

Tese de julgamento: 1. A internação involuntária de dependente químico, desde que realizada com a devida autorização familiar, comunicação às autoridades competentes e sem comprovação de maus tratos, não configura abuso ou ato ilícito passível de indenização por danos morais. Dispositivos relevantes citados: CF/1988, art. 5º, X; CC, arts. 186 e 927; Lei nº 10.216/2001, art. 8º. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.24.225692-3/001, Relator(a): Des.(a) Fernando Caldeira Brant , 20ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 07/10/2024, publicação da súmula em 07/10/2024)

A apelação em análise, diz respeito ao pedido do autor, que foi internado involuntariamente, de ser indenizado por danos materiais e morais, sob a alegação de que foi capturado para ser internado na clínica ré, involuntariamente A sentença julgou

improcedente e o autor recorreu. Em seus fundamentos, o Desembargador discorreu que a *“internação involuntária é legalmente permitida, desde que realizada conforme os procedimentos estabelecidos na Lei nº 10.216/2001, e desde que seja autorizada por médico registrado e comunicada ao Ministério Público dentro do prazo legal, o que foi comprovado no caso em questão”*.

Neste contexto, levando-se em consideração, que a internação, apesar de involuntária, respeitou os requisitos estabelecidos na Lei 10.216/01, bem como que, o recorrente recebeu tratamento digno durante o período da sua internação, sendo obrigado a permanecer na clínica a fim de proteger sua incolumidade física e em respeito a pedido de seus familiares, o acórdão manteve a sentença por seus exatos termos.

Importante destacar que, esse acórdão em específico diz respeito a uma ação proposta por um agente que foi internado contra sua vontade. Essa questão por si só, demonstra uma contrariedade no que diz respeito o tema das “capacidades” do Código Civil, alterados pela Lei 13.146/15. A ementa não é abrangente no que diz respeito aos fatos alegados na inicial, ou o autor simplesmente pode não ter alegado a questão de ser capaz no momento que foi internado contra sua vontade, com fundamento no artigo 4º do Código Civil brasileiro.

O que se percebe é que, em todos os julgados apresentados (seja do STF, STJ ou do Tribunal de Justiça de Minas Gerais), a questão da alteração do artigo 4º do Código Civil não foi discutida quando do julgamento dos casos concretos. Isso importa dizer que a capacidade do agente não vem sendo analisada como requisito proibitivo para a manutenção ou aplicação das internações involuntárias no caso em concreto.

Por ocasião disso, é importante lembrar que, tanto a Lei 10.216/01, quanto a Lei 13.146/15, são legislações infraconstitucionais que buscam trazer melhores condições de tratamento no que tange aos direitos da pessoa com deficiência e, apesar de haver uma nítida contradição entre a capacidade do agente, e a internação involuntária, o que tem se levado em consideração é a valorização dos preceitos da dignidade da pessoa humana, dos direitos à vida e à saúde. Uma vez que já foram utilizados todos os demais tratamentos disponíveis em busca de melhores condições de vida do doente mental e, não surtiram efeito, os tribunais tem entendido pela legalidade e validade da aplicação da internação voluntária, em busca de proteger a incolumidade física do agente.

4 DECISÕES DOS TRIBUNAIS SUPERIORES SOBRE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA/COMPULSÓRIA

Conforme amplamente exposto, segundo a legislação atual vigente, a internação compulsória deve ser evitada sempre que possível, somente sendo admitida como último recurso na defesa do internado e da própria sociedade. Trata-se de uma medida extraordinária do qual necessita cumprir alguns requisitos para ser efetivada, estes em concordância com a Lei 10.216/2001 e os direitos fundamentais lapidados na Constituição Federal.

Dessa forma, por meio da análise de alguns julgados, mostra-se possível observar entendimentos dos julgadores nos casos concretos. O Ministro Luiz Felipe Salomão, do Superior Tribunal de Justiça, ao proferir seu voto no Habeas Corpus 169.172/SP, manifestou-se sobre a necessidade de observância aos requisitos impostos por lei, de modo que a internação involuntária se traduz como última medida, conforme se extrai emenda em referência:

HABEAS CORPUS - AÇÃO CIVIL DE INTERDIÇÃO CUMULADA COM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - POSSIBILIDADE - NECESSIDADE DE PARECER MÉDICO E FUNDAMENTAÇÃO NA LEI N. 10.216/2001 - EXISTÊNCIA NA ESPÉCIE - EXIGÊNCIA DE SUBMETTER O PACIENTE A RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES

ANTES DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO - DISPENSA EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS

1. A internação compulsória deve ser evitada, quando possível, e somente adotada como última opção, em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. É claro, portanto, o seu caráter excepcional, exigindo-se, para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida.

2. A interdição civil com internação compulsória, tal como determinada pelas instâncias inferiores, encontra fundamento jurídico tanto na Lei n. 10.216/2001 quanto no artigo 1.777 do Código Civil. No caso, foi cumprido o requisito legal para a imposição da medida de internação compulsória, tendo em vista que a internação do paciente está lastreada em laudos médicos.

3. Diante do quadro até então apresentado pelos laudos já apreciados pelas instâncias inferiores, entender de modo diverso, no caso concreto, seria pretender que o Poder Público se portasse como mero espectador, fazendo prevalecer o direito de ir e vir do paciente, em prejuízo de seu próprio direito à vida.

4. O art. 4º da Lei n. 10.216/2001 dispõe: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes." Tal dispositivo contém ressalva em sua parte final, dispensando a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. Essa é exatamente a situação dos autos, haja vista ser notória a insuficiência de medidas extra-hospitalares, conforme se extrai dos laudos invocados no acórdão impugnado.

5. É cediço não caber na angusta via do habeas corpus, em razão de seu rito célere e desprovido de dilação probatória, exame aprofundado de prova no

intuito de reanalisar as razões e motivos pelos quais as instâncias inferiores formaram sua convicção.

6. O documento novo consistente em relatório do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes-(SPT) da Organização das Nações Unidas (ONU) não pode ser apreciado por esta Corte sob pena de supressão de instância.

7. A internação compulsória em sede de ação de interdição, como é o caso dos autos, não tem caráter penal, não devendo ser comparada à medida de segurança ou à medida socioeducativa à que esteve submetido no passado o paciente em face do cometimento de atos infracionais análogos a homicídio e estupro. Não se ambiciona nos presentes autos aplicar sanção ao ora paciente, seja na espécie de pena, seja na forma de medida de segurança. Por meio da interdição civil com internação compulsória resguarda-se a vida do próprio interditando e, secundariamente, a segurança da sociedade.

8. Não foi apreciada pela Corte de origem suspeição ou impedimento em relação à perícia, questionamento a respeito da periodicidade das avaliações periciais, bem como o pedido de inserção do paciente no programa federal De Volta Para Casa. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento de que não se conhece de habeas corpus cuja matéria não foi objeto de decisão pela Corte de Justiça estadual, sob pena de indevida supressão de instância.

(HC 165.236/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, QUINTA TURMA, julgado em 05/11/2013, DJe 11/11/2013; HC 228.848/SP, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 24/10/2013, DJe 04/11/2013)

9. Ordem denegada.

(HC n. 169.172/SP, relator Ministro Luis Felipe Salomão, Quarta Turma, julgado em 10/12/2013, DJe de 5/2/2014.)

Conforme demonstra o voto do Ministro Luiz Felipe Salomão, além de internação compulsória se tratar de uma medida excepcional, é imprescindível a existência de laudos médicos indicando sua imprescindibilidade, em consonância com o artigo 4º da Lei 10.216/2001.

Verificando o caso concreto, o Ministro observou que houve análise exaustiva sobre avaliações psicológicas e psiquiátricas ao qual o paciente foi submetido. Ademais, também foi realizada análise das condições do local indicado para a internação compulsória do paciente, nos termos do artigo 9º da Lei supracitada.

Em relação ao julgado, torna-se possível observar que tolher o direito de ir e vir do paciente se justifica a fim de assegurar outro direito fundamental, de suma importância, tratando-se do direito à vida. Isso porque, na condição em que paciente se encontra, qualquer medida diversa à internação poderia colocar em risco sua própria vida e a de terceiros.

Com efeito, a internação involuntária tem, atualmente, a necessidade indispensável de passar pelos olhos do judiciário. O momento em que a jurisprudência da internação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em

que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano (Foucault, 1972).

Neste sentido, importante destacar que o art. 4º da Lei 10.216/01 assim prevê:

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

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

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

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001)

O que se observa pela análise do artigo transcrito acima é que, além de a internação se tratar de medida excepcional, devendo atender os requisitos básicos, conforme narrado acima, seu objetivo principal é a reinserção social do paciente em seu meio. Essa questão, por si só, demonstra o avanço das políticas nacionais de tratamento da pessoa com deficiência na sociedade.

Em datas posteriores, desde o início do tratamento manicomial no Brasil, até o final do Século XX, a internação tinha como um dos objetivos intrínsecos, a utilização de métodos invasivos que causavam a incapacitação do agente para retorno na sociedade. E talvez, esse tenha sido o menor dos problemas, uma vez que, os seres humanos eram tratados de forma degradante nesses ambientes hospitalares e, em grande maioria das vezes, não saiam com vida.

Neste contexto, é importante realizar essa análise das situações precárias no que tange ao ambiente de tratamento da pessoa com deficiência mental em momentos pretéritos, para que seja possível realizar um aprofundamento crítico de análise das jurisprudências dos Tribunais Superiores nos dias atuais. Quando nos deparamos com uma decisão que busca proteger o direito a vida do indivíduo, privando-o de sua liberdade para isso, existem muitas questões por trás que demandam conhecimento, em especial, o contexto histórico pelo qual esse grupo de pessoas eram submetidos a tratamentos degradantes.

Assim, é possível destacar que, ao proferir uma decisão que autoriza a internação involuntária de um paciente em conformidade com a Lei 10.216/01 e com os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988, o Superior Tribunal de Justiça, agiu da melhor maneira uma vez que observou a preservação de direitos do paciente, a indicação médica bem como a necessidade de utilização da internação para propiciar melhores condições de vida para o agente e as qualidades do estabelecimento em que o indivíduo será internado.

Em análise a outros julgados, a harmonia entre diferentes acórdãos se mostra nítida. No Habeas Corpus nº 151.523/SP, o Ministro do Supremo Tribunal Federal, Edson Fachin, ao julgar um caso em que a pessoa cuja pena foi extinta em face da prescrição da pretensão punitiva, todavia, por meio da interdição civil, foi mantida em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, proferiu o seguinte entendimento:

Ementa: HABEAS CORPUS. INTERDIÇÃO CIVIL. EXTINÇÃO DA PUNIBILIDADE. RECONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO PUNITIVA. MANUTENÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. INCONSTITUCIONALIDADE. CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. DECRETO. INCORPORAÇÃO COMO TEXTO CONSTITUCIONAL. LEI 10.216/01. INSERÇÃO SOCIAL É A REGRA. INTERNAÇÃO APRESENTA-SE COMO MEDIDA EXCEPCIONAL. ORDEM CONCEDIDA. 1. É inconstitucional a manutenção em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – estabelecimento penal – de pessoa com diagnóstico de doença psíquica que teve extinta a punibilidade, por configurar-se privação de liberdade sem pena. 2. A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), incorporado ao texto constitucional por meio do Decreto 6.949/2009, prevê, como princípios gerais, “a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade” das pessoas com deficiência de natureza física, mental, intelectual e sensorial”. 3. A Lei 10.216/2001 estabelece que a internação tem caráter singular e que o tratamento de pessoa com diagnóstico psíquico “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. 4. Habeas corpus concedido ao Paciente, que se encontra em regime de constrição de liberdade há mais de 7 anos, com extinção da punibilidade reconhecida, uma vez que sua manutenção em HCTP fere a ordem constitucional e legal do sistema jurídico brasileiro.
(HC 151523, Relator(a): EDSON FACHIN, Segunda Turma, julgado em 27-11-2018, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-263 DIVULG 06-12-2018 PUBLIC 07-12-2018)

Além da citação expressa à Lei 10.216/2001 em seu voto, reforçando o caráter excepcional da medida de internação compulsória, o Ministro Edson Fachin expõe a importância de adotar medidas que promovam a efetiva participação e inclusão na sociedade de pessoas com deficiência. Extrai-se que, a privação de liberdade do indivíduo nessa situação, quando não sendo medida indispensável para sua própria segurança

comprovada através de laudos médicos, se torna uma grave ofensa ao exercício dos direitos e das liberdades fundamentais do ser humano.

Como já referenciando nesse artigo, nos termos da atual legislação civil, a capacidade civil é garantida a todos independentemente de sua capacidade mental e a liberdade individual de participação na sociedade deve ser assegurada de forma justa a todas as pessoas, considerando suas especificidades.

Nesta decisão do Supremo, diferente da decisão do STJ, os Ministros entenderam que o indivíduo não mais poderia ser privado de sua liberdade. Contudo, por este simples fato, não podemos dizer que as decisões são contraditórias, uma vez que as duas tem interesses semelhantes, quais sejam: a preservação dos direitos da pessoa com deficiência.

No primeiro caso, o indivíduo teve o seu direito de ir e vir tolhido, em busca de melhores condições de saúde e buscando a valorização do seu direito à vida. Nesse segundo caso, o agente teve o seu direito de ir e vir garantido uma vez que, após mais de 7 anos de internação e diante da ausência de prescrição médica que ensejasse a sua continuidade em hospital psiquiátrico, a reinserção no meio social é a medida justa que se impõe.

Outra questão que merece destaque é o caráter transitório da internação voluntária. A necessidade de sua manutenção, em conformidade com a Lei 10.216/01, deve ser constantemente verificada e constatada por laudo médico proferido por especialista na área e que esteja acompanhando a evolução do paciente. No julgado do STF em análise, vou além e ousar dizer, com base nos fundamentos deste estudo que, mesmo diante da prescrição da pena do agente, se fosse constatada a necessidade de este permanecer internado para tratamento, não haveria óbice. Isto ocorre porque, quando verificada imprescindibilidade da internação involuntária para trazer melhores condições de vida, a existência de condenação, ou não, é dispensável.

Ainda, neste mesmo caso, se a família do agente que foi reinserido no meio social pela decisão de HC proferida pelo STF, constatar, através de laudo médico e de circunstâncias fáticas do caso em concreto que a internação involuntária e/ou compulsória deverá ser reestabelecida, independente de fixação de pena, não impede que entrem com uma ação judicial para tanto. Ressalto, cada caso individual merece especial atenção dos julgadores, uma vez que, as circunstâncias do caso em concreto é que irão decidir e interferir na decisão do melhor tratamento para cada um.

Por fim, outra questão merece ser pontuada quando analisamos esse julgado: o prazo da internação. Denota-se que o paciente ficou internado cumprindo medida de

segurança pelo prazo de 7 anos, e após, diante da prescrição, foi realocado na sociedade. Não somente em situações em que o agente está internado cumprindo pena, por violação a lei penal em decorrência de incapacidade física, mas principalmente em casos que o paciente está internado única e exclusivamente para o seu tratamento mental, é importante que sejam realizados tratamentos que busquem trazer melhores condições de vida ao paciente.

Aqui entra uma questão importante e diz respeito aos tratamentos alternativos defendidos por Nise da Silveira. Para a autora, atualmente, grande parte das clínicas oferece aos pacientes – ou até os incentiva – a prática de atividades como pintura, modelagem em argila, escrita de histórias e criação ou interpretação musical. De modo geral, a psicoterapia moderna alcançou o estágio estético da criatividade, mas ainda não avançou para o próximo passo: o enfrentamento ético em relação aos resultados gerados por essas expressões. (NISE, 1992)

Neste sentido, não somente em internações duradouras como a do julgado, mas em todas aquelas que se fizerem necessária em busca de melhores condições de vida para o indivíduo portador de doença mental, os hospitais devem incentivar a prática de tratamentos alternativos, como a pintura, a arte, ou a presença de animais, para tentar desvendar os mistérios do inconsciente e das vontades obscuras da mente do paciente, com intuito de que, cada vez mais, este consiga se readaptar no meio social sem trazer riscos à sua incolumidade física e de outros.

Outro julgado realizado pelo Ministro Massami Uyeda, apresenta uma ótica um pouco mais aprofundada sobre o tema. O Ministro realiza a diferenciação entre as modalidades de internação psiquiátrica, sendo a involuntária aquela que ocorre sem o pleno consentimento do paciente enquanto a internação compulsória é aquela que acontece com determinação judicial, de acordo com o artigo 6º da Lei 10.216/2001. No Habeas Corpus nº 130.155/SP, o Ministro Massami Uyeda decidiu da seguinte forma:

HABEAS CORPUS - AÇÃO CIVIL DE INTERDIÇÃO CUMULADA COM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - COMPETÊNCIA DAS TURMAS DA SEGUNDA SEÇÃO - VERIFICAÇÃO - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - POSSIBILIDADE - NECESSIDADE DE PARECER MÉDICO E FUNDAMENTAÇÃO NA LEI 10.216/2001 - EXISTÊNCIA, NA ESPÉCIE - EXIGÊNCIA DE SUBMETER O PACIENTE A RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES ANTES DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO - DISPENSA EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS - EXAME DE PERICULOSIDADE E INEXISTÊNCIA DE CRIME IMPLICAM DILAÇÃO PROBATÓRIA - VEDAÇÃO PELA VIA DO PRESENTE REMÉDIO HEROICO - HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO ORDINÁRIO CONHECIDO PARA DENEGAR A ORDEM.

I - A questão jurídica relativa à possibilidade de internação compulsória, no âmbito da Ação Civil de Interdição, submete-se a julgamento perante os órgãos fracionários da Segunda Seção desta a.Corte;

II - A internação compulsória, 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.

III - São modalidades de internação psiquiátrica: a voluntária, que é aquela que se dá a pedido ou com o consentimento do paciente (mediante declaração assinada no momento da internação); a involuntária, que é a que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e, por fim, a internação compulsória, determinada por ordem judicial.

IV - Não há constrangimento ilegal na imposição de internação compulsória, no âmbito da Ação de Interdição, desde que baseada em parecer médico e fundamentada na Lei 10.216/2001. Observância, na espécie.

V - O art. 4º da Lei nº 10.216/2001, fruto de uma concepção humanística, traduz modificação na forma de tratamento daqueles que são acometidos de transtornos mentais, evitando-se que se entregue, de plano, aquele, já doente, ao sistema de saúde mental.

VI - Todavia, a ressalva da parte final do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas.

Hipótese dos autos, ocorrência de agressividade excessiva do paciente.

VII - A via estreita do habeas corpus não comporta dilação probatória, exame aprofundado de matéria fática ou nova valoração dos elementos de prova.

VIII - Habeas Corpus substitutivo de recurso ordinário conhecido para denegar a ordem.

(HC n. 130.155/SP, relator Ministro Massami Uyeda, Terceira Turma, julgado em 4/5/2010, DJe de 14/5/2010.)

Trata-se de um julgado o qual, findo o prazo de medida socioeducativa, o representante do Ministério Público pleiteou ação de curatela com pedido liminar de internação compulsória, com a finalidade de transferir o paciente para local de tratamento psiquiátrico compatível com sua doença mental. Para fundamentar a necessidade da internação, o Ministério Público apresentou laudo médico, conforme exigido pela Lei 10.216/01, no qual consta que:

[...]

O paciente demonstra ambivalência, agressividade latente e manifesta, pouca capacidade para tolerar contrariedades frustrações ou privações; não denota valorização às regras e normas sociais ou consideração às demais pessoas, priorizando a satisfação pessoal, mesmo em detrimento aos princípios básicos fundamentais, descaso (embora com conhecimento) aos valores éticos, morais, sociais ou de valorização da vida humana; incapacidade de sentir e demonstra culpa ou arrependimento, características compatíveis com personalidade anti-social, confirmado pelas avaliações anteriores e laudo do PCL-R, sendo indicada contenção corpórea, psicoterapia, laborterapia com atividade física (visando canalizar a energia agressiva para atividade útil) em período integral

e tratamento psiquiátrico medicamentoso se houver sintomas neurovegetativos e/ou psico-emocionais e manifestação frequente de irritabilidade.

Na percepção do Ministro, não há constrangimento ilegal na imposição de internação compulsória por ordem judicial, quando existentes laudos médicos que atestem a necessidade do tratamento. O Ministro ainda destaca a visão humanista da Lei 10.216/2001, conforme se observa em seu voto embasado nas seguintes razões:

Além disso, verifica-se que a questão relativa à necessidade de submeter o ora paciente a recursos extra-hospitalares, antes da imposição da medida compulsória de internação [...] Tal dispositivo, fruto de uma concepção humanística, traduz modificação na forma de tratamento daqueles que são acometidos de transtornos mentais.

A ideia foi evitar que se entregue, de plano, aquele que, já doente, ao sistema de saúde mental que, por diversas vezes já se mostrou inadequado para propiciar um tratamento digno, efetivo e que possibilite a recuperação do doente mental para convivência em sociedade. Todavia, a ressalva da parte final do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas.

Nesse sentido, no caso concreto, além de existência de laudos médicos feitos por especialistas, o Ministro destaca o fato de que os transtornos do paciente podem causar risco a integridade de terceiros bem com a dele própria. Diante de referidas considerações, entende-se tratar de medida justificável e legal a internação compulsória.

Indispensável destacar que a Lei 10.216/2001, com a Reforma Psiquiátrica, busca reorganizar as instituições psiquiátricas, mediante modelo de assistência mais humanizada e eficiente. No atual cenário, o respeito à dignidade da pessoa humana está presente na medida em que busca preservar direitos fundamentais das pessoas que necessitam de atendimento relacionados à sua saúde mental. A dignidade humana inclui a preservação da autonomia da pessoa, traduzindo-se no direito de decidir sobre sua vida e corpo. A internação compulsória, por sua natureza, restringe essa autonomia. De tal modo, tratando-se de medida hoje vista como extrema, a internação compulsória, deve ser tomada com base no direito à saúde e a vida, visando a proteção da pessoa em risco.

Não obstante o exposto, consta ainda no inteiro teor do acórdão que o paciente tem-se demonstrado muito agressivo, sendo necessário aplicar em seus tratamentos, maneiras de gastar a energia que possui. O que não foi citado no laudo médico apresentado no processo, diz respeito à utilização dos tratamentos não convencionais.

É nítido que, de certa maneira, a utilização de medicamentos ou tratamentos mais evasivos e de contenção, podem aparentemente causar um resultado mais eficaz a curto

prazo, contudo, os tratamentos mais humanitários e que propiciam uma melhora a longo prazo na questão mental do paciente são os tratamentos alternativos, como a prática frequente de atividade física, o uso da arte para liberar os sentimentos reprimidos, em alguns casos animais, psicoterapia entre outros.

Um caso marcante citado por Nise (1992), diz respeito a inclusão de animais como auxiliares terapêuticos. A ideia teve início quando Pierre Le Gallais, ao limpar um terreno no hospital para construir uma quadra de esportes, encontrou uma cadelinha que passou a ser chamada de Caralâmpia. Um dos pacientes do Centro Psiquiátrico demonstrou interesse e começou a cuidar dela. Essa interação afetiva trouxe benefícios, pois o animal frequentemente oferece uma conexão mais estável e constante do que a que é estabelecida com o terapeuta humano.

Neste sentido, a decisão do Ministro relator ao manter a internação compulsória do agente está em conformidade com os preceitos constitucionais e com a Lei 10.216/01, uma vez que foi um julgado que se mostrou preocupado com a saúde do paciente e de terceiros, devido ao seu estado extremamente agressivo. Contudo, entendo que seria adequado que as decisões aprofundassem sobre os requisitos para manutenção da internação (como o acompanhamento médico periódico) e que fosse indicado, maneiras alternativas para o tratamento que não o uso da contenção e de medicamentos controlados.

O HC em apreço, foi utilizado como fundamento para a decisão de outros julgados mais recentes, conforme se vê:

HABEAS CORPUS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. POSSIBILIDADE. DECISÃO MONOCRÁTICA DE RELATOR ORIGINÁRIO. JUÍZO PERFUNCTÓRIO. SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. SÚMULA Nº 691/STF. INCIDÊNCIA.

1. O propósito do habeas corpus é afastar ordem judicial de internação compulsória de paciente proferida por juízo de primeira instância e mantida por decisão monocrática de relator originário.
2. Na hipótese, ausente flagrante ilegalidade apta a relativizar a Súmula nº 691 do Supremo Tribunal Federal, circunstância que ensejaria supressão de instância.
3. A internação compulsória de dependente de drogas não é medida preventiva e deve ser a última opção adotada após o esgotamento das possibilidades de tratamento extra-hospitalares ou auxílio clínico, consoante o teor dos arts. 4º, 6º e 9º da Lei nº 10.216/2001.
4. A lei excepciona a aplicação dos recursos extra-hospitalares quando demonstrada a efetiva insuficiência de tais medidas, como devidamente constatado pelas vias ordinárias. Precedentes.
5. Habeas corpus não conhecido.
(HC n. 766.226/SP, relatora Ministra Nancy Andrighi, relator para acórdão Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, Terceira Turma, julgado em 7/2/2023, DJe de 2/3/2023.)

E ainda:

HABEAS CORPUS. CURADOR PROVISÓRIO DO PACIENTE. INTERVENÇÃO COMO ASSISTENTE. NÃO CABIMENTO. AUSÊNCIA DE PODERES PARA AGIR COMO REPRESENTANTE PROCESSUAL. DECISÃO MONOCRÁTICA DE RELATOR ORIGINÁRIO. SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. FLAGRANTE ILEGALIDADE OU TERATOLOGIA DA ORDEM JUDICIAL. CABIMENTO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. EXCEPCIONALIDADE. ORDEM CONCEDIDA.

1. O propósito do habeas corpus é decidir sobre a legalidade da ordem judicial de internação compulsória do paciente, exarada em antecipação dos efeitos da tutela recursal de agravo de instrumento interposto em ação cautelar.

2. Segundo a jurisprudência desta Corte, o requerimento para intervir no habeas corpus como assistente - simples ou litisconsorcial - não encontra amparo no ordenamento jurídico, seja porque o writ não se enquadra entre os tipos de procedimentos previstos pelo CPC, seja porque essa forma de intervenção no processo não está prevista no CPP, no art. 23 da Lei n. 8.038/1990, nem nas normas regimentais pertinentes (arts. 201 e seguintes do RISTJ).

3. Além de a concessão da ordem não afetar o patrimônio do curatelando, o que, por si só, impediria a intervenção do requerente fundada na sua condição de curador provisório, goza aquele de plena capacidade civil para, dentre outros, exercer o seu direito à convivência familiar e comunitária, não possuindo o curador provisório poderes para agir como representante do paciente nestes autos.

4. A jurisprudência do STF e do STJ é no sentido da inadmissibilidade do habeas corpus impetrado contra decisão monocrática de relator originário, a fim de evitar indevida supressão de instância (súmula 691/STF), ressalvada, contudo, a possibilidade de concessão, de ofício, da ordem, na hipótese de flagrante ilegalidade ou teratologia da ordem judicial.

5. A internação compulsória, 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. Precedentes.

6. Hipótese em que a ordem judicial de internação compulsória do paciente, contrariando a expressa recomendação do psiquiatra que o acompanhava e antes mesmo do contraditório e da realização da perícia determinada nos autos, com a finalidade de se avaliar a necessidade da restrição da liberdade para o tratamento de dependência química, não encontra guarida na lei e, portanto, atenta, injustamente, contra a liberdade de locomoção, situação que se agrava no contexto de pandemia vigente.

7. Ordem de habeas corpus concedida.

(HC n. 692.000/PE, relatora Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 19/10/2021, DJe de 21/10/2021.)

Os dois julgados se referem a internação involuntária e compulsória de pacientes dependentes químicos, que, devido ao uso dos entorpecentes, apresentam confusão mental. Ocorre que, mesmo se tratando de situações semelhantes à primeira vista, a primeira decisão foi no sentido de não conceder a ordem para determinar a liberação do paciente e o segundo para conceder a ordem. Isso ocorre não porque a jurisprudência do Tribunal Superior está se contradizendo, mais pois, conforme exaustivamente narrado, quando se trata do tema “internação involuntária”, faz-se imprescindível a análise fática de cada caso em concreto.

No primeiro caso, a internação se fazia necessária uma vez que a paciente, usuária de drogas desde os 15 anos, já havia passado por diversas tentativas de internação voluntária para o tratamento de drogas, todas infrutíferas. Ademais, o vício já estava afetando completamente o seu bem estar e colocando em risco sua vida, uma vez que passou a residir com moradores de rua e cometer ilícitos penais. Neste caso, a internação involuntária, devidamente fundamentada por laudo médico e como medida excepcional, deveria ser concedida com intuito de tentar trazer melhorias para a vida da paciente.

No segundo caso, em contrapartida, apesar de o paciente ser usuário de entorpecente, a internação não era a medida mais acertada, uma vez que possuía residência e emprego fixos e seu tratamento poderia e estava sendo realizado através de consultas com médicos especialistas. Isto posto, a internação involuntária, por não estar devidamente comprovada a sua excepcionalidade, apresenta afronta aos princípios constitucionais do paciente, se mostrando como medida ilegal, passível de revisão.

Diante das referidas considerações, é importante observar a harmonia do judiciário em tratar a internação compulsória como medida de última instância, como nos julgados citados, o que revela o esforço dos ministros em garantir que os direitos fundamentais e a liberdade individual sejam assegurados.

Mister destacar que mesmo no caso de dependentes químicos, há uma grande complexidade a ser analisada em cada caso específico, não devendo a internação compulsória se tornar uma medida banal para restringir direitos de determinado grupo. Sobre esse tema, Coelho e Oliveira (2014) afirmam que o dependente químico possui um status diagnóstico diferente do paciente com transtorno mental e o uso da internação involuntária pode ser uma forma de higienismo social, gerando segregação de pessoas marginalizadas e não sendo efetivo no que se propõe.

Nesse sentido, há a necessidade de iluminar o conflito existente entre direitos fundamentais assegurado a pessoa com deficiência com a medida de internação involuntária a fim identificar se o atual entendimento do judiciário sobre a questão é o mais apropriado em relação a garantia das liberdades individuais.

De forma geral, denota-se que a questão da internação involuntária e/ou compulsória é mais debatida nos Tribunais Superiores em caso específico de usuários de entorpecentes. Em sua grande maioria, se tratam de Habeas Corpus em favor de um indivíduo que foi privado de sua liberdade devido à internação contra sua vontade. A questão da concessão ou não da ordem, deverá ser analisada individualmente considerando as situações concretas.

Em todos os casos, os ministros utilizam-se do argumento de que a internação involuntária somente poderá ser aplicada como medida excepcional (art. 4 da Lei 10.216/01), exigindo-se para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida.

No entanto, é preciso tomar cuidado para não relativizar a excepcionalidade da medida pela presença de um simples laudo médico sem a análise das circunstâncias do caso concreto, sob pena de se configurar privação de liberdade ilegal, conforme se depreende da situação do HC 766.226/SP, de relatoria da Ministra Nancy Andrighi.

Por fim, é possível perceber que existem poucos julgados nos tribunais superiores abordado o tema da internação involuntária, o que pode ocorrer por diversos motivos. O primeiro dele diz respeito à valorização dos direitos das pessoas com deficiência. Após a vigência da Lei 13.146/15, que alterou a questão das capacidades relativas e absolutas, o tema da internação involuntária e da privação de liberdade (direito de ir e vir) tem sido tratado com maior atenção e, pode estar sendo resolvido nas instâncias dos tribunais. Outra hipótese diz respeito a pouca demanda sobre o assunto. Em muitos casos, a internação involuntária não se torna compulsória e é realizada somente na via administrativa. Além disso, principalmente após 2015, as clínicas estão mais atentas aos requisitos básicos inerentes a internação involuntária, o que pode ter diminuído o fluxo de processos judiciais sobre o assunto. Todavia, a ausência de julgados recentes referente a internação compulsória também pode acender um alerta na medida em expõe escassez de discussão e preocupação sobre um tema relevante e que ainda necessita de evolução.

5 O CONFLITO ENTRE O DIREITO DE IR E VIR E A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

A convivência em sociedade exige a constante conciliação entre direitos individuais e interesses coletivos. Um dos temas mais complexos nesse campo é o conflito entre o direito de ir e vir, garantido constitucionalmente a todos os cidadãos, e as intervenções involuntárias das pessoas com deficiência mental, que podem limitar esse direito em nome da segurança própria ou de terceiros. Esse conflito demanda soluções que considerem tanto a autonomia do indivíduo quanto as demandas de cuidado e proteção necessárias para cada situação.

O direito de ir e vir está garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, inciso XV, que estabelece que "*é livre a locomoção no território nacional em tempos*

de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens" (BRASIL, 1988). Essa prerrogativa constitui um dos pilares do Estado Democrático de Direito e está intrinsecamente ligada à dignidade da pessoa humana, prevista no artigo 1º, inciso III, da mesma Carta Magna. Entretanto, esse direito não é absoluto. Ele pode ser restringido em situações excepcionais, desde que haja previsão legal e que os princípios da proporcionalidade e razoabilidade sejam respeitados. No caso de pessoas com deficiência mental, a limitação do direito de ir e vir muitas vezes ocorre em decorrência de internações psiquiátricas involuntárias ou outras formas de intervenção compulsória. A tensão entre autonomia e proteção cria cenários em que as soluções fáceis não são suficientes.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), e a Lei nº 13.146/2015, trouxeram avanços significativos na proteção dos direitos das pessoas com deficiência. A LBI enfatiza a necessidade de promover a autonomia e a inclusão social, eliminando barreiras que dificultem o pleno exercício dos direitos civis e sociais. O artigo 6º da LBI destaca que "*a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa*", garantindo-lhe a liberdade para tomar suas próprias decisões (BRASIL, 2015). Essa disposição reconhece a importância de valorizar a autodeterminação, mesmo em cenários onde há limitações cognitivas ou emocionais. Contudo, em situações de emergência ou quando a pessoa apresenta risco à própria vida ou à de terceiros, a lei permite medidas protetivas, desde que sejam justificadas, temporárias e acompanhadas de revisão judicial. Essa abordagem busca evitar abusos, mas, na prática, sua aplicação enfrenta barreiras, como falta de capacitação de profissionais e deficiências estruturais no sistema de saúde.

As intervenções involuntárias, conforme narrado acima, são justificadas em situações extremas em que a pessoa com deficiência mental apresenta comportamentos que podem colocar em risco a própria integridade ou a de terceiros. Segundo o artigo 4º da Lei nº 10.216/2001, esse tipo de medida deve ser exceção, nunca regra, e estar fundamentada em laudo médico circunstanciado. Essa legislação marca uma transição do modelo manicomial para um modelo mais humanizado e comunitário, mas sua aplicação ainda enfrenta desafios, especialmente no que se refere ao preparo das equipes de saúde e ao suporte oferecido às famílias. O treinamento adequado dos profissionais de saúde se mostra como essencial para garantir que as medidas constantes na lei sejam conduzidas com respeito aos princípios éticos e legais, evitando a repetição de práticas abusivas do passado. Embora essas medidas de internação compulsória tenham como objetivo a proteção, elas também podem ser vistas como formas de violência estrutural,

especialmente quando implementadas sem o devido respeito à dignidade e à autonomia da pessoa. O obstáculo que precisa ser superado, é encontrar um ponto de equilíbrio que evite tanto a negligência em situações em que a pessoa esteja em perigo quanto o abuso de poder relacionado a prática de segregação injustificada.

Nessa senda, a adoção de modelos alternativos de cuidado é essencial para superar as limitações do modelo tradicional. Uma abordagem promissora para resolver o conflito entre o direito de ir e vir e as intervenções involuntárias é a mediação. Esse processo permite que familiares, profissionais da saúde e a própria pessoa com deficiência participem de discussões sobre as melhores alternativas para cada situação. A mediação promove soluções mais democráticas e evita conflitos judiciais prolongados. Ademais, a utilização de Planos Terapêuticos Singulares (PTS) tem se mostrado eficaz na construção de soluções individualizadas, que respeitam as necessidades e peculiaridades de cada pessoa. Esses planos devem ser elaborados em conjunto com equipes multiprofissionais e incluir não apenas cuidados médicos, mas também estratégias de reinserção social e fortalecimento da autonomia, respeitando durante todo o processo os direitos fundamentais assegurados a todos. O uso de tecnologias e ferramentas digitais, como aplicações para monitoramento de saúde mental e utilização de aplicativos tecnológicos com maior acessibilidade também surgem como uma possibilidade para aumentar a eficiência e reduzir os riscos associados à necessidade de uma intervenção compulsória.

Outro ponto que merece destaque é a importância da sensibilização dos profissionais da saúde e do Direito para as especificidades das pessoas com deficiência mental visto que, o distanciamento dessa realidade, pode gerar soluções frias que não considera a vulnerabilidade da situação. O Poder Judiciário tem papel central na resolução desses conflitos. Juízes devem atuar de forma sensível e embasada, garantindo que medidas restritivas sejam implementadas apenas quando estritamente necessárias e que haja revisões periódicas dessas decisões. A formação continuada de magistrados e operadores do Direito em temas como saúde mental e direitos humanos é essencial para garantir uma atuação mais humanizada e eficaz. Como destaca Sen (2009, p. 21), “*a justiça deve ser avaliada pela equidade nas oportunidades e pelo respeito à liberdade das pessoas*”. Esse enfoque implica compreender que a justiça não está apenas na aplicação da lei, mas também na garantia de que as pessoas tenham condições reais de exercer seus direitos.

Conforme demonstrado na análise das decisões proferidas pelos tribunais superiores, é possível constatar que os ministros têm agido de maneira correta quando se

diz respeito à aplicação da internação compulsória e privação do direito de ir e vir do doente mental. Contudo, é preciso tomar cuidado com as exceções a regra de que a internação involuntária somente será aplicada em último caso, para não correr o risco de ensejar uma inversão de valores em que a exceção se torne a regra e a internação contra a vontade do paciente passe a ser realizada de maneira exacerbada.

Nesse sentido, é necessário também fortalecer as redes de apoio psicossocial, que incluem centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e programas de acompanhamento domiciliar. Essas iniciativas buscam garantir que a pessoa com deficiência mental receba suporte adequado em seu ambiente natural, evitando a necessidade de internações e promovendo maior autonomia. Estudos apontam que intervenções comunitárias são mais eficazes na promoção da saúde mental e na prevenção de recaídas, além de serem menos onerosas para o sistema de saúde. A expansão dessas redes demanda investimentos públicos e políticas articuladas entre os diferentes níveis de governo. Municípios, estados e União devem atuar de forma integrada, garantindo que os recursos sejam aplicados de maneira eficiente e que alcancem as populações mais vulneráveis.

Além disso, é imprescindível que a sociedade como um todo seja envolvida no processo de inclusão e cuidado com pessoas com deficiência mental. Campanhas de conscientização podem ajudar a combater o estigma que ainda cerca as doenças mentais e as deficiências. O preconceito, decorrente da ignorância sobre a situação, se mostra como uma das principais barreiras para que essas pessoas exerçam plenamente seus direitos. Ao promover uma cultura de respeito e solidariedade, cria-se um ambiente mais propício para que políticas públicas sejam estimuladas e efetivamente implementadas para que a sociedade reconheça o valor da diversidade humana.

No âmbito das famílias, é fundamental oferecer suporte contínuo, tanto emocional quanto prático. Famílias de pessoas com deficiência mental frequentemente enfrentam sobrecarga, tanto financeira quanto psicológica. Programas de apoio e grupos de acolhimento podem ser instrumentos valiosos para aliviar essa carga e promover uma rede de solidariedade entre aqueles que vivem situações semelhantes. A construção de uma comunidade de apoio pode, inclusive, servir como base para a promoção de políticas públicas mais efetivas, ao dar visibilidade às demandas específicas desse grupo.

Por fim, a tecnologia pode desempenhar um papel crucial na busca por soluções que conciliem o direito de ir e vir com as intervenções necessárias. Ferramentas como aplicativos de monitoramento de saúde mental, dispositivos de rastreamento e sistemas

de alerta podem ser utilizadas para garantir a segurança sem comprometer totalmente a autonomia. Essas inovações, no entanto, devem ser acompanhadas de regulamentações éticas e legais que protejam a privacidade e a dignidade dos usuários. O uso responsável da tecnologia pode, assim, transformar-se em um poderoso aliado na promoção da saúde mental e na garantia dos direitos fundamentais.

Depreende-se, portanto, que o conflito entre o direito de ir e vir e as intervenções involuntárias em pessoas com deficiência mental é um desafio que exige abordagens multidimensionais. Não se trata apenas de equilibrar interesses, mas de reconhecer a complexidade das condições humanas e a interdependência dos direitos individuais e coletivos. A construção de soluções eficazes passa pelo fortalecimento de políticas públicas, pela sensibilização da sociedade, pelo apoio às famílias e pelo uso responsável da tecnologia. Apenas com um esforço conjunto será possível construir uma sociedade mais inclusiva, que respeite a autonomia e a dignidade de todos os seus membros, sem deixar de lado as necessidades de cuidado e proteção que, em alguns casos, se fazem indispensáveis.

Por outro lado, é importante destacar que as intervenções involuntárias também podem ser vistas como uma forma de cuidado essencial em situações onde a autonomia plena é temporariamente inviável. Em casos de surtos psicóticos, por exemplo, a pessoa pode não estar em condições de tomar decisões que preservem sua segurança ou saúde. Nesses contextos, a intervenção pode ser o único meio de evitar danos irreparáveis, sendo crucial que ela seja realizada com critérios claros e com total transparência para familiares e responsáveis legais.

Outro ponto que merece atenção é a necessidade de se compreender a diversidade existente entre as pessoas com deficiência mental. Cada indivíduo possui particularidades que demandam abordagens específicas, o que reforça a importância de avaliações individualizadas. A criação de protocolos adaptáveis, que considerem o histórico clínico e as preferências do paciente, pode tornar as intervenções menos traumáticas e mais eficazes. Essa personalização também ajuda a prevenir erros e excessos que possam configurar violações de direitos.

A inclusão das pessoas com deficiência mental no mercado de trabalho também é um fator que impacta diretamente a relação entre autonomia e proteção. Políticas de empregabilidade e capacitação profissional podem reduzir significativamente a necessidade de intervenções involuntárias, ao proporcionar meios de subsistência e reforçar a autoestima. A estabilidade financeira e a independência adquiridas com o

trabalho criam um ambiente mais favorável à saúde mental, minimizando crises que poderiam levar a medidas extremas.

Além disso, as intervenções involuntárias devem sempre ser acompanhadas de estratégias de longo prazo que visem a reintegração do indivíduo à sociedade, conforme preceitos da própria Lei 10.216/01. Internações psiquiátricas, por exemplo, precisam ser complementadas com programas de reabilitação psicossocial, terapias ocupacionais e suporte contínuo após a alta. Essa continuidade no cuidado é essencial para evitar recaídas e para promover o desenvolvimento de habilidades que fortaleçam a autonomia do indivíduo.

A atuação interdisciplinar também é essencial no manejo desses casos. Equipes compostas por médicos, psicólogos, assistentes sociais e advogados podem oferecer uma visão mais ampla e equilibrada sobre as necessidades do paciente e garantir que seus direitos como seres humanos sejam respeitados. Uma abordagem integrada de áreas permite que decisões mais justas e humanas sejam tomadas, levando em consideração tanto os aspectos clínicos quanto os direitos fundamentais.

Por outro lado, é preciso reconhecer que a legislação atual ainda apresenta lacunas que podem dificultar a resolução desses conflitos. A ausência de diretrizes específicas para determinados cenários pode levar à judicialização excessiva, o que retarda a tomada de decisões e, em alguns casos, agrava o estado de saúde do paciente. Reformas legislativas que estabeleçam parâmetros mais detalhados para as intervenções compulsórias seriam um passo importante para garantir maior segurança jurídica e eficiência. Também se mostra possível, conforme é realizado em legislações de outros países citados no decorrer desse artigo, avaliações frequentes para atestar ou não a necessidade de manutenção do paciente em uma situação de intervenção involuntária.

Atualmente, o que se tem de legislação sobre o tema, não apresenta de maneira minuciosa a questão de privação do direito à liberdade do paciente, e as hipóteses em que o judiciário está autorizado a intervir para determinar a internação compulsória, tampouco os limites da curatela com relação ao tema, o que gera uma brecha para que os juízes decidam, em alguns casos, conforme seu entendimento do caso concreto.

Conforme citado, a educação da sociedade sobre as realidades da deficiência mental não pode ser negligenciado visto que o estigma associado às doenças mentais muitas vezes impede que familiares busquem ajuda ou que as próprias pessoas afetadas reconheçam a necessidade de tratamento. Campanhas educativas que desmistifiquem o

tema e incentivem o diálogo aberto são essenciais para criar um ambiente social mais acolhedor e menos punitivo.

Ainda, é relevante considerar o impacto emocional que as intervenções involuntárias têm sobre os familiares das pessoas com deficiência mental. A sobrecarga emocional e o sentimento de culpa podem ser significativos, o que reforça a necessidade de suporte psicológico e redes de apoio específicas para essas famílias. Quando os familiares estão fortalecidos e bem orientados, a qualidade do cuidado oferecido ao paciente também melhora.

Um outro ponto que merece destaque é a fiscalização contínua das instituições que realizam internações involuntárias. A garantia de que essas unidades respeitem os direitos humanos e operem de maneira ética deve ser uma prioridade. Infelizmente, relatos de abusos ainda são frequentes, o que evidencia a necessidade de auditorias regulares e de canais acessíveis para denúncias. O fortalecimento de conselhos e órgãos de fiscalização é indispensável nesse contexto.

Ademais, a pesquisa científica pode desempenhar um papel transformador na resolução desse conflito. Investimentos em estudos que explorem novas abordagens terapêuticas, bem como o impacto de diferentes modelos de intervenção, podem fornecer dados valiosos para a formulação de políticas públicas mais eficazes. Universidades e centros de pesquisa, em parceria com o poder público, têm um papel fundamental nesse avanço.

O fortalecimento das redes de cuidado primário, como postos de saúde e centros comunitários, também é essencial para prevenir situações que demandem intervenções compulsórias. Quando o acesso ao atendimento básico é garantido, é possível identificar e tratar precocemente condições que poderiam evoluir para crises mais graves. A descentralização do cuidado facilita o acompanhamento contínuo e reduz a pressão sobre os serviços de saúde mental de alta complexidade.

Por fim, é importante reforçar que qualquer intervenção, seja ela involuntária ou não, deve sempre estar alinhada aos princípios da dignidade humana. A construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva passa pela valorização da diversidade e pelo reconhecimento de que todos têm algo a contribuir. Assim, o desafio de equilibrar o direito de ir e vir com a necessidade de proteção não é apenas uma questão legal ou médica, mas um compromisso ético e social que exige a participação de todos.

Em suma, a questão que envolve o conflito entre o direito de ir e vir e a necessidade de intervenções involuntárias em pessoas com deficiência mental é complexa

e repleta de nuances. De um lado, está o respeito à autonomia e à dignidade humana, valores essenciais em qualquer sociedade que se pretenda justa e democrática. Do outro, há situações em que a proteção à saúde e à vida de indivíduos vulneráveis parece justificar medidas que restringem temporariamente esse direito fundamental. Conciliar esses dois princípios é um desafio que demanda abordagens multidimensionais, combinando aspectos legais, éticos, sociais e médicos.

As intervenções involuntárias, embora possam ser vistas como uma forma de cuidado em momentos críticos, precisam ser acompanhadas de um rigoroso controle ético e jurídico. Não se pode ignorar o risco de abusos e arbitrariedades, sobretudo em sistemas de saúde mental que historicamente enfrentam problemas de superlotação e falta de recursos. Nesse sentido, é imperativo que a legislação ofereça diretrizes claras para que essas medidas sejam utilizadas como exceção e não como regra.

A análise individualizada de cada caso concreto se apresenta como um elemento essencial para garantir que as intervenções sejam feitas de maneira proporcional e adequada. Essa medida é sempre relevante quando há conflitos entre princípios fundamentais. O reconhecimento de que cada pessoa com deficiência mental possui suas próprias necessidades e circunstâncias reforça a importância de abordagens específicas. Protocolos flexíveis, que respeitem o histórico e as preferências dos pacientes, são ferramentas essenciais para humanizar esse tipo de cuidado.

A formação e a capacitação de profissionais que atuam diretamente com pessoas com deficiência mental também desempenham um papel crucial na solução desse dilema. Médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais precisam estar aptos a avaliar com precisão os limites entre autonomia e necessidade de intervenção. Além disso, devem ser capazes de comunicar de forma clara e empática os motivos de suas decisões tanto ao paciente quanto aos seus familiares.

Outro aspecto que merece destaque é a necessidade de suporte contínuo às famílias. Muitas vezes, os familiares se veem sobrecarregados e desorientados diante das exigências do cuidado de uma pessoa com deficiência mental. Redes de apoio, tanto públicas quanto privadas, são fundamentais para ajudar essas famílias a lidar com os desafios cotidianos, promovendo um ambiente mais estável e favorável para todos os envolvidos.

No campo legislativo, avanços ainda são necessários para garantir que as intervenções involuntárias sejam regulamentadas de maneira eficiente e humanizada, reparando as lacunas existentes já citadas. Reformas que detalhem as condições em que

essas medidas podem ser aplicadas, bem como os procedimentos a serem seguidos, podem reduzir a judicialização e aumentar a segurança jurídica tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. O diálogo entre juristas, médicos e representantes da sociedade civil é indispensável nesse processo bem como o conhecimento sobre a história que esse grupo já enfrentou, evitando-se que fatos passados e se repitam.

Ademais, é necessário trabalhar na construção de uma cultura que valorize a inclusão e o respeito à diversidade.

O ainda persistente estigma associado às deficiências mentais continua sendo uma barreira significativa para a plena integração dessas pessoas na sociedade. Campanhas de conscientização podem ajudar a desconstruir preconceitos e a promover um entendimento mais amplo sobre as necessidades e capacidades das pessoas com deficiência mental bem como formas de inclusão social.

A ciência está em constante evolução de modo que deve ser vista como um aliado na busca por soluções mais equilibradas para esse conflito, de maneira constante. Pesquisas que investiguem novas abordagens terapêuticas e modelos de cuidado podem trazer respostas eficazes. Logo, investimentos contínuos em ciência e tecnologia, bem como parcerias entre o poder público, universidades e instituições privadas se mostram como uma solução viável na busca de melhor bem estar para esse grupo.

Portanto, a resolução desse conflito exige uma mudança de pensamento que vá além das políticas públicas e das práticas institucionais. É necessário reconhecer que a proteção e a promoção dos direitos das pessoas com deficiência mental são responsabilidades de toda a sociedade. A construção de um ambiente inclusivo, que respeite as diferenças e valorize a dignidade de todos, é um objetivo que demanda esforço conjunto, empatia e compromisso ético.

A resposta de como resolver o conflito entre o direito de ir e vir e a internação involuntária não vem como uma resposta pronta à medida que demanda a análise de diversos fatores, conforme citado. Não obstante, o mais importante é saber analisar cada caso de maneira isolada, a fim de se ter uma resposta menos evasiva possível. Se forem realizadas análises generalizadas, corre-se o risco de estar diante de uma nítida violação dos direitos individuais do paciente.

Neste sentido, resta-se evidente que no caso da internação involuntária, o direito à saúde do paciente estará prevalecendo sobre o seu direito de ir e vir, mas essa hipótese só deve ocorrer em último caso, quando a medida for indispensável. Por fim, se a comunidade trabalhar lado a lado com os terapeutas e o judiciário, será possível

vislumbrar cada dia mais um avanço no que diz respeito ao tratamento da pessoa com deficiência mental, o que propiciará uma melhora no quadro clínico do paciente e a sua re inserção na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo sobre a "Liberdade Individual frente à Internação Involuntária: impactos sobre a dignidade da pessoa humana" analisou a complexa relação entre os direitos fundamentais do indivíduo e o poder de intervenção do Estado no âmbito da saúde mental. Desde o contexto histórico dos tratamentos psiquiátricos até a regulamentação da Lei nº 10.216/2001, buscou-se responder à questão central deste trabalho: "A legislação e a jurisprudência brasileira estão em consonância com os aspectos básicos de valorização da dignidade da pessoa humana quando se trata do instituto da internação involuntária?"

A partir da análise realizada, constatou-se que a legislação brasileira, particularmente a Lei nº 10.216/2001, representa um marco significativo no reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais, ao enfatizar a reestruturação do modelo assistencial em saúde mental e promover o cuidado em liberdade como princípio norteador. Essa legislação, alinhada aos princípios da Constituição Federal de 1988, consagra a dignidade da pessoa humana como fundamento do ordenamento jurídico pátrio e estabelece critérios claros para a internação involuntária. Contudo, a prática nem sempre reflete os preceitos legais, e lacunas significativas na implementação comprometem a efetiva valorização da dignidade humana.

A jurisprudência brasileira também demonstra avanços na consolidação de direitos fundamentais, especialmente ao exigir que as internações involuntárias sejam rigorosamente justificadas, devidamente comunicadas ao Ministério Público e realizadas em conformidade com as garantias constitucionais. Entretanto, verificou-se uma certa disparidade entre as decisões judiciais, com interpretações que nem sempre respeitam o espírito da legislação. Em algumas situações, os tribunais acabam por legitimar práticas que podem levar à exclusão ou desrespeito à autonomia dos pacientes, reforçando a necessidade de uniformização de entendimentos e de uma maior sensibilização do Poder Judiciário quanto à questão. Por sorte, algumas dessas decisões chegaram para análise nos tribunais superiores que, de maneira equânime, como guardião da constituição federal, agiu de maneira correta de acordo com as peculiaridades do caso concreto.

Neste contexto, é possível afirmar que, do ponto de vista normativo, a legislação brasileira está em consonância com os aspectos básicos de valorização da dignidade da pessoa humana. No entanto, a realidade prática apresenta desafios estruturais que dificultam a plena materialização desses princípios. Entre esses desafios estão a escassez

de recursos na rede de saúde mental, a persistência de estigmas em relação às doenças mentais e a ausência de um controle social eficaz.

Não é mistério que desde os primeiros resquícios do tratamento manicomial, a doença mental foi tida como desculpa para retirar da sociedade e inserir no tratamento asilar o indivíduo que não era bem vindo no seio social, ou fazia parte de alguma minoria. Desta forma, dentro destes ambientes ocorreram inúmeras atrocidades sem que a sociedade ou o judiciário desse a devida atenção.

No entanto, após inúmeros anos de sofrimento, com a Reforma Antimanicomial no Brasil, que teve início nos anos 80, sendo deflagrada de fato com a Lei 10.216/01, a pessoa com tratamento mental passou a ser vista como sujeito de direitos, devendo ser tratada em conformidade com a dignidade da pessoa humana. Desta maneira, foi decretado o fechamento dos manicômios e as políticas nacionais de saúde mental sofreram drásticas mudanças.

Ainda, foi com a vigência da Lei 13.146/15 que o portador de doença mental foi tido como pessoa capaz para os atos da vida civil, aplicando-se a curatela somente no que diz respeito as questões patrimoniais, o que gerou significativo reflexo na aplicação das internações involuntárias.

A pesquisa apontou que a internação involuntária, embora necessária em casos excepcionais, deve ser tratada como última alternativa e aplicada apenas quando preenchidos os requisitos legais e éticos. O cuidado em liberdade, previsto na Lei nº 10.216/2001, não apenas promove o respeito à dignidade do paciente, mas também se alinha às melhores práticas internacionais em saúde mental. Para que isso se concretize, é indispensável fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de maneira a aumentar os investimentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços comunitários para garantir o acesso universal e igualitário ao tratamento adequado; e descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo que populações em regiões remotas tenham acesso a cuidados de qualidade.

Além disso, se faz necessário promover a capacitação dos profissionais de saúde e justiça através de treinamentos periódicos para assegurar que as internações involuntárias sejam embasadas em avaliações técnicas e éticas, respeitando os direitos humanos. Também é importante reduzir o estigma associado às doenças mentais por meio de campanhas educativas dirigidas tanto à população em geral quanto aos profissionais envolvidos no cuidado.

Não obstante, é preciso ampliar os mecanismos de controle e participação social com objetivo de garantir que famílias e usuários dos serviços de saúde mental tenham voz ativa na formulação e fiscalização de políticas públicas, bem como reforçar o papel do Ministério Público e das Defensorias Públicas na supervisão das internações involuntárias, prevenindo abusos e garantindo a observância da legislação.

Ainda nesse sentido, deve-se prezar pelos tratamentos alternativos, como a terapia ocupacional, defendidos por Jung e Nise da Silveira, de maneira que o paciente poderá utilizar da arte e de um tratamento humanitário para desvendar os mistérios da mente. Para tanto, é indispensável que se tenham locais disponíveis para a realização destes métodos e que não transmitam a mesma frieza que as instituições de saúde. Técnicas como essas demonstram uma nítida valorização da dignidade da pessoa humana e propiciam uma maior possibilidade de reinserção social.

A resposta ao problema proposto evidencia que, enquanto os aspectos normativos são robustos e fundamentados na valorização da dignidade da pessoa humana, a execução desses preceitos encontra entraves que exigem soluções integradas e um compromisso conjunto entre o Estado, a sociedade civil e os atores do sistema de justiça.

Não obstante, quando da análise das decisões dos tribunais superiores foi possível constatar que o assunto das internações involuntárias não é tão recorrente, principalmente após 2015, quando a lei 13.146/15 entrou em vigor. Contudo, nos casos que foram objeto de análise pelos ministros, denota-se que os dos direitos da pessoa com deficiência foram respeitados, mesmo em casos que a internação compulsória era determinada. Isso se deu pois, a internação em todos os julgados foi tida como hipótese excepcional, precedida de laudo médico e com intuito de preservar a saúde do paciente e de terceiros. Neste sentido, apesar de ocorrer a privação do direito de ir e vir, o paciente estava se submetendo a uma internação em local de tratamento fiscalizado, que não lhe propiciaria violações a sua dignidade humana e possibilitaria a reinserção social.

Lado outro, importante ressaltar que a doença mental sempre foi tida como tabu, e isso gerou e ainda gera um preconceito na sociedade no que diz respeito aos tratamentos, seja ele com psicólogos, tratamento medicamentoso ou com médicos especialistas. Casos mais simples e que não demandam a internação já são pouco debatidos, quem dirá os mais complexos. Assim sendo, a criação de medidas práticas de conscientização social, com intuito de demonstrar a necessidade de se abordar o tema “saúde mental” pode parecer simples, mas é o que criará pessoas mais humanas e envolvidas com a causa social.

Por fim, conclui-se que a efetiva valorização da dignidade da pessoa humana no contexto da internação involuntária depende não apenas de avanços legislativos, mas também de uma mudança cultural e estrutural que permita a inclusão e o respeito às pessoas em sofrimento psíquico. Este trabalho reforça a necessidade de um sistema de saúde mental que priorize o cuidado em liberdade, promova a autonomia do indivíduo e assegure a participação de todos os atores sociais na construção de um ambiente mais justo e humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMORIM, A. R. L. L. DE. *A lei antimanicomial e a aplicação das medidas de segurança*. Jusbrasil, 2015. Disponível em: <https://endireitados.jusbrasil.com.br/noticias/183758636/a-lei-antimanicomial-e-a-aplicacao-das-medidas-de-seguranca>. Acesso em: 07 set. 2024.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, Hannah. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 04 dez. 2024

ARRUDA NETO, P. T. DE. *A implementação pela via judicial das políticas públicas na área de saúde mental: o papel do Ministério Público*. Revista de Direito Sanitário, v. 6, n. 1-3, p. 38-61, 18 out. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/#:~:text=A%20RAPS%20da%20Reforma%20Psiqui%C3%A1trica,existe m%20as%20suas%20redes%20de>. Acesso em: 07 set. 2024.

BARRETTO, Vicente de Paulo. *O fetiche dos direitos humanos e outros temas*. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2010.

BATISTA, Bruno Oliveira de Paula; EHRHARDT JUNIOR, Marcos. *O negócio jurídico processual celebrado pela pessoa com deficiência e a tomada de decisão apoiada*. REVISTA DIREITO E JUSTIÇA: REFLEXÕES SOCIOJURÍDICAS, [S.l.], v. 18, n. 31. Disponível em: http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2451. Acesso em: 14 set. 2024.

BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. *Comentários à constituição de 1988*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BRASIL. Lei n. 12.847, de 02 de agosto 2013. *Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura*; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Brasília, 2013.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12847.htm. Acesso em: 03 abr. de 2024.

_____. *Código penal*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

_____. Conselho Federal de Psicologia. *Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura*. Conselho Nacional do Ministério Público. Ministério Público do Trabalho. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. 1. ed. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em: 04 de set. 2024.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado Federal. 1988.

_____. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. *Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 04 dez. 2024

_____. Lei 10.216, de 06 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*. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de maio 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 04 abr. 2024.

_____. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. *Institui o Código Civil*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 04 abr. 2024.

_____. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. *Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Brasília, DF, 07 de julho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 04 abr. de 2024.

_____. Lei n. 6.085, de 19 de abril de 2007. *Promulga o protocolo facultativo à convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes*, adotado em 18 de dezembro de 2002. Brasília, 2007. Disponível em: tp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6085.htm. Acesso em: 04 abr. de 2024.

_____. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. *Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113840.htm. Acesso em: 04 dez. 2024

_____. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em 19 set. 2024.

_____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União, Brasília, n. 251, p. 59-62, 30 dez. 2011.

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus n° 130.155*, Rel. Min. Massami Uyeda, julgado em 04/05/2010. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200900372607&dt_publicacao=14/05/2010. Acesso em: 15 de nov. 2024

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus n° 169.172/SP*, Rel. Min. Luiz Felipe Salomão, julgamento em 10/12/2013. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201000672465&dt_publicacao=05/02/2014. Acesso em: 15 de nov. 2024

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus n° 692.000/PE*, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 10/10/2021. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202102876622&dt_publicacao=21/10/2021. Acesso em: 12 de dez. 2024

_____. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus n° 766.226/SP*, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgado em 07/02/2023. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202202667131&dt_publicacao=02/03/2023. Acesso em: 12 de dez. 2024

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial n° 2141414 / SP, Rel. Min. Nancy Andrighi, julgamento em: 21/05/2024. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/julgamento/electronico/documento/mediado/?documento_tipo=integra&documento_sequencial=266592746®istro_numero=202304378168&peticao_numero=&publicacao_data=20240905&formato=PDF. Acesso em: 05 de dez. 2024

_____. Supremo Tribunal Federal. *Ag. Reg. No Recurso Extraordinário 1.355.103*, Rel. Min. Nunes Marques, julgamento em: 20/03/2023. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=767020157>. Acesso em: 05 de dez. 2024

_____. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus n° 151.523/SP*, Rel. Min. Edson Fachin, Segunda Turma, julgamento em 27/11/2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=748813048>. Acesso em: 15 de nov. 2024

_____. Supremo Tribunal Federal. *Recurso Especial n° 918315*, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, julgamento em: 17/12/2022. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=766294938>. Acesso em: 05 de dez. 2024

_____. Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. *Apelação Cível nº 1.0000.24.225692-3/001*, Rel. Des. Fernando Caldeira Brant, julgamento em: 07/10/2024. Disponível em: <https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaPalavrasEspelhoAcordao.do?&numeroRegistro=3&totalLinhas=165&paginaNumero=3&linhasPorPagina=1&palavras=interna%E7%E3o%20involuntaria&pesquisarPor=ementa&orderByData=2&referenciaLegislativa=Clique%20na%20lupa%20para%20pesquisar%20as%20refer%EAncias%20cadast radas...&pesquisaPalavras=Pesquisar&>. Acesso em: 05 de dez. 2024

CADEMARTORI, L. H. U.; GRUBBA, L. S. *O embasamento dos direitos humanos e sua relação com os direitos fundamentais a partir do diálogo garantista com a teoria da reinvenção dos direitos humanos*. Revista Direito GV, São Paulo, v. 8, ed. 2, 2012.

Coelho, I. & Oliveira, H. B. (2014). *Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública*. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rpggZzTqr6CPQDZ5PmBcP4f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 de nov. 2024.

COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 12ª edição. São Paulo, Saraiva Jur, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria*. 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3. Acesso em: 07 set. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde*. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 07 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. *Resolução n. 8, de 14 de agosto de 2019*. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 163, seção 1, p. 55. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/->. Acesso em: 14 set. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. *Nota de repúdio à Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/M*. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-de-rep%C3%BAdio-GT-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Acesso em: 08 set. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. *Como vivem os últimos pacientes do Juquery*. 2019. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/Como-vivem-os-ultimos-pacientes-do-Juquery-11-52958.shtml>. Acesso em: 04 dez. 2024

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Nota de Repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Disponível em: <https://crpsp.org/noticia/view/2314/nota-de->

repudio-a-nota-tecnica-n-112019-cgmaddapessasms-que-dispoe-esclarecimentos-sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas. Acesso em: 08 set. 2024.

Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Aprovado pela Organização dos Estados Americanos, de 28 de maio de 1999. Disponível em: <https://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/a-65.htm>. Acesso em: 04 dez. 2024. COSTA, Augusto César Farias. Direito Sanitário e Saúde Pública: Coletânea de Textos. Brasília: Síntese, 2003.

DALLA VECCHIA, Marcelo e MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. *O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica*. Natal, RN. 2006.

Declaração de Direitos do Deficiente Mental. Assembleia Geral da ONU de 22 de dezembro de 1971.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. *Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil*. Sequência (Florianópolis), Florianópolis, n. 77, p. 197-220, Dec. 2017. Disponível em:

<https://search.proquest.com/docview/1985532193/C9D4B7C824164EFAPQ/4?accountid=197768>. Acesso em: 07 abr. 2024.

DINIZ, Maria Helena, *Curso de Direito Civil Brasileiro - Parte Geral*, Saraiva, 19ª ed., 2020.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº. 186, de 09 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm. Acesso em: 07 abr. de 2024.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. SB-1250 Lanterman-Petris-Short Act, 21 de fevereiro de 2020. Disponível em: https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201920200SB1250#:~:text=as%20introduced%2C%20Moorlach.-,Lanterman-Petris-Short%20Act.,of%20the%20persons%20so%20committed. Acesso em: 9 de dez. de 2024

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Mental Hygiene Law, Admissions Process. New York State. Disponível em: https://omh.ny.gov/omhweb/forensic/manual/html/mhl_admissions.htm. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. The 2024 Florida Status. Disponível em: http://www.leg.state.fl.us/statutes/index.cfm?App_mode=Display_Statute&URL=0300-0399/0394/Sections/0394.467.html. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Health and Safety Code, from Texas. Disponível em: <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.571.htm>. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. The Americans with Disabilities Act (ADA), U.S. Department of Justice Civil Rights Division. Disponível em: <https://www.ada.gov/law-and-regulations/>. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

FRANÇA. Code de la santé publique. Disponível em: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171187/#LEGISCTA000024316519. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. *A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos*. Rev. psicol. polít., São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 dez. 2024.

GUIMARAES, Andréa Noeremberg et al. *Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem*. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, Junho 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 dez. 2024.

GULJOR, Ana Paula et al. *Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019: “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”*, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

HABERMAS, Jürgen. *Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

HABERMAS, Jürgen. *Teoria da ação comunicativa - 2 volumes: Racionalidade da ação e racionalização social*. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2022.

HOUAISS, A; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de. *Dicionário houaiss da língua portuguesa*. Objetiva, Rio de Janeiro, 2001.

JORGE, M. R; FRANCA, J. M. F. *A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, Mar. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2024.

LABOISSIERE, Paula. *Compra de aparelhos de eletrochoque está sob análise, diz ministério*. Agência Brasil, 2019. Disponível em:

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-02/compra-de-aparelhos-de-eletrochoque-esta-sob-analise-diz-ministerio>. Acesso em 14 set. 2024.

MALHEIRO, Emerson. *Curso de direitos humanos*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARTINS, Flávio. *Curso de direito constitucional*. 4. Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

MELO, Walter. *Nise da Silveira*. 1 ed. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2001.

MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra. *O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária*. Revista de Direitos Fundamentais & Democracia, v. 14 n.14-2, 09 dez. 2013.

MÉXICO. Ley General de Salud. Disponível em:

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

MÉXICO. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Disponível em:

https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5805/salud3a11_C/salud3a11_C.html. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em:

http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf. Acesso em: 07 abr. 2024.

MORAES, Alexandre de. *Direito constitucional*. 39 ed. Barueri, São Paulo: Atlas, 2023.

NISE: O Coração da Loucura. Direção de Roberto Berliner. Brasil: Lorena Bondarovsky, Rodrigo Letier, 2016. 1 DVD (106min.)

OLIVEIRA, Fabiano Melo Gonçalves. *Direito humanos*. Rio de Janeiro: Forense, 2016. Operações de asfixia por gás. The Museum's Holocaust Encyclopedia. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/gassing-operations>. Acesso em: 04 dez. 2024

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 04 dez. 2024

PACHECO, Juliana Garcia. *Reforma psiquiátrica, uma realidade possível: Representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência*. São Paulo: Jurua, 2009.

PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. 5. ed. São Paulo: Editora 34, 1996.
PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 19 set. 2024.
PORTUGAL. Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, que aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>. Acesso em: 9 de dez. de 2024.

PRADO, Ana Carolina. *5 tratamentos psiquiátricos bizarros que caíram em desuso*. Superinteressante, 2017. Disponível em: <https://super.abril.com.br/blog/superlistas/5-tratamentos-psiquiatricos-bizarros-que-cairam-em-desuso/#:~:text=Lobotomia&text=A%20trepana%C3%A7%C3%A3o%20deu%20origem%20a,como%20se%20tivessem%20tomado%20tranquilizantes>. Acesso em: 19 set. 2024.

Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes. Aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas pela Resolução 37/52, de 3 de dezembro de 1982.

REES, Laurence. *O holocausto: uma nova história*. 1 ed. São Paulo: Vestígio, 2018.
RIO DE JANEIRO (RJ). Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Coleção de Lei do Brasil, de 31 de dezembro de 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm. Acesso em: 15 mai. 2024.

SANCHEZ, Fábio et al. Reforma Manicomial, 2000. Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom11.htm>. Acesso em: 15 mai. 2024.

SCHWARZ, Marc Lupke. 1933: *Nazistas aprovam lei contra doenças hereditárias*. Deutsche Welle, 14 de junho de 2013. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/1933-nazistas-promulgam-lei-para-prevenir-doencas-hereditarias/a-16938199>. Acesso em: 04 dez. 2024

SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

SILVEIRA, Nise. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.

Silvia, J. P. et al. Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil a partir da nota técnica nº11/2019. REVISIA. 2019, v.8, n.2, p. 115-8, abr.- jun. 2019. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/387>. Acesso em: 07 abr. 2024.

SOUZA, J.B.; ALMEIDA, W.G. *O direito no caminho da inclusão: os avanços do código civil ao tratar das pessoas com deficiência*. Revista Argumenta, Jacarezinho, n. 28, p. 337-359,406-407, 2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2120116994/CE50676671A34248PQ/3?accountid=197768>. Acesso em: 07 abril 2024.

SZANIANWSKI, Elimar. *Direito de personalidade e sua tutela*. São Paulo: RT, 1993.

TOZZE, Humberto. *Luta antimanicomial: você sabe o que é?*. Politize, 2016. Disponível em: <https://www.politize.com.br/luta-antimanicomial-o-que-e/>. Acesso em 02 set. 2024.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não*. SEGRAG, Belo Horizonte, 1992.