



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO

WOLNEY MACIEL DE CARVALHO NETO

A INCONSTITUCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE
PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL: UM AVANÇO NA LUTA
ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

São Cristóvão, Sergipe
2022

WOLNEY MACIEL DE CARVALHO NETO

**A INCONSTITUCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE
PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL: UM AVANÇO NA LUTA
ANTIMANICOMIAL NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Sergipe, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Direito.

Área de concentração: Constitucionalização do Direito.

Linha de pesquisa: Eficácia dos Direitos Fundamentais e Seus Reflexos Nas Relações Sociais e Empresariais.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Clara Angélica Gonçalves Cavalcanti Dias.

São Cristóvão, Sergipe
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

D. Sebastião

(Fernando Pessoa)

*Louco, sim, louco, porque quis grandeza
Qual a Sorte a não dá.
Não coube em mim minha certeza;
Por isso onde o areal está
Ficou meu ser que houve, não o que há.*

*Minha loucura, outros que me a tomem
Com o que nela ia.
**Sem a loucura que é o homem
Mais que a besta sadia,
Cadáver adiado que procria?***

*Dedico este trabalho a todos os que foram
submetidos à internação involuntária.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que é o meu refúgio, a minha fortaleza e permitiu que eu pudesse alcançar essa graça, apesar de todos os desafios ao longo desse caminho.

À minha esposa Laís Camila, por me fazer tão bem, por todo o cuidado, carinho e amor destinados a mim, por me escutar nos meus piores dias, por me apoiar nas minhas escolhas, por acreditar em mim e por me trazer tranquilidade.

Aos meus pais, Wolney e Soraya, por mostrarem diariamente o quanto seu amor por mim é inesgotável, por sempre acreditarem em mim, por me motivarem, por não medirem esforços para a realização dos meus sonhos, por todos os princípios que me ensinaram e por me oferecerem o carinho, que me conforta sempre.

Ao meu irmão Gustavo, por ser meu eterno companheiro, e por estar à disposição a qualquer hora para me acolher, com seu abraço fraternal, independentemente do cenário que eu esteja, pronto para dizer que vai dar tudo certo.

Aos meus avós Wolney (*in memoriam*) e Núbia; Francisco (*in memoriam*) e Maria, por demonstrarem todo o amor por mim através de ações, do cuidado e da proteção. Vocês são fundamentais em minha vida!

À minha sogra, Maria Zenemeire, e minhas cunhadas, Cristiane, Carine, Kely e Gardênia, além dos meus concunhados Matheus e Ulysses, por todo o carinho e todo o apoio em simples gestos e palavras.

Aos meus demais familiares e amigos, por caminharem comigo e cuidarem de mim, mesmo que a gente não se fale todos os dias.

À minha orientadora Prof^ª. Dra. Clara Angélica, por ter aceitado esta tarefa, a quem agradeço enormemente o seu aceite, colaboração, sensibilidade, carinho e paciência que foram essenciais para o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Aos Professores Dra Tanise, Dr. Diogo Calasans e Dra. Rita de Cássia, a quem sou eternamente grato pelos direcionamentos, pelos ensinamentos e pela disponibilidade para sugestão de materiais.

Aos meus outros professores e a cada um dos amigos do mestrado pelo apoio em momentos difíceis, pela força e por compartilharem suas experiências e materiais de estudo, mas em especial, à minha colega de orientação Larissa, pelo apoio e cumplicidade ao longo de toda essa trajetória; a Agnus, Tati e Silvia, pela dedicação nas árduas tarefas que enfrentamos; a Hilbert pelos ensinamentos e companheirismo que me motivaram a persistir; a Clara, que foi primordial para a realização desse trabalho; e a Nara, pessoa especial que me coorientou e me

segurou pela mão nos momentos de maiores desesperos acadêmicos nesta reta final, sem você não teria conseguido.

Meu muito obrigado!

RESUMO

CARVALHO NETO, Wolney Maciel de. A inconstitucionalidade da internação involuntária de pessoas acometidas de transtorno mental: um avanço na luta antimanicomial no Brasil. 2022. 113f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Sergipe, 2022.

O presente trabalho trata sobre a internação involuntária de pessoas acometidas de transtorno mental, medida a qual não há observância ao consentimento do indivíduo internado quanto ao procedimento aplicado. Analisar a inconstitucionalidade da internação involuntária marca o objetivo central desta dissertação. Os objetivos específicos são: traçar aportes sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial; levantar as terminologias, a vulnerabilidade, sob o olhar da legislação, e o reconhecimento das pessoas acometidas de transtorno mental; e, enfim, explicar os impasses da internação involuntária a partir da legislação nacional e internacional. Em observância a esse propósito investigativo, a pesquisa visou especificamente a discutir como o processo de internação involuntária afeta as pessoas a ela submetidas; e para tanto, dedicou-se, por meio dos princípios constitucionais, a examinar a hipervulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais. Para a consecução do trabalho, foi utilizada uma metodologia quantitativa a partir de uma revisão bibliográfica e documental com aportes do Direito, da Filosofia e da Sociologia, assim como foi efetuada uma análise descritiva. Nesse sentido, verifica-se a hipótese e conclui-se que a internação involuntária é inconstitucional.

Palavras-chave: Luta antimanicomial; Internação; Transtorno mental.

ABSTRACT

The present essay deals with the involuntary hospitalization of people suffering from a mental disorder, a measure that do not respect the consent of the hospitalized individual regarding the applied procedure. The main objective of this dissertation is to analyze the unconstitutionality of involuntary hospitalization. The specific objectives are: to identify the terminologies, vulnerabilities, through the legislation perspective, and the recognition of people with mental disorders.; to draw contributions on psychiatric reform and the anti-asylum struggle; and, finally, to explain the impasses of involuntary hospitalization based on national and international legislation. In tune with this investigative purpose, the research aimed specifically at discussing how the involuntary internment process affects the people submitted to it; and to that end, it dedicated to examining the hypervulnerability of people with mental disorders, through constitutional principles. In order to carry out the work, a quantitative methodology was used based on a bibliographic and documentary review with contributions from Law, Philosophy, Sociology and Health sciences, as well as a descriptive analysis. In this sense, the hypothesis is verified and it is concluded that involuntary hospitalization is unconstitutional.

Keywords: *Anti-asylum Struggle; Hospitalization; Mental Disorder.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
CDPD	Convenção Internacional sobre os Direitos de Pessoas com Deficiência
CDPCD	Convenção Interamericana Para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência
CF	Constituição Federal
CID	Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIOMS	Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas
DSM	Diagnostic and Statistic Manual Disorders
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça

FOLHA DE AVALIAÇÃO

São Cristóvão, 25 de fevereiro de 2022.

Prof^ª. Dra. TANISE ZAGO THOMASI
Examinadora Interna
PRODIR/UFS

Prof^ª. Dra. CLARA ANGÉLICA GONÇALVES CAVALCANTI DIAS
Orientadora
PRODIR/UFS

Prof. Dr. DIOGO DE CALASANS MELO ANDRADE
Examinador Externo
Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Tiradentes/ UNIT

Prof^ª. Dra. RITA DE CASSIA BARROS DE MENEZES
Examinador Externo
Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Tiradentes/ UNIT

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	12
2 APORTES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	15
2.1 DOS TEMPOS DESREGRADOS AO SISTEMA ASILAR.....	16
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	23
2.2.1 <i>A Reforma Psiquiátrica na Europa ocidental.....</i>	<i>29</i>
2.2.2 <i>A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....</i>	<i>33</i>
2.3 A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA.....	39
3 PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL: DA VULNERABILIDADE AO RECONHECIMENTO.....	46
3.1 TRANSTORNO MENTAL: CONCEITOS E INCONGRUÊNCIAS TERMINOLÓGICAS....	47
3.2 A VULNERABILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL.....	52
3.2.1 <i>Aspectos legais acerca da vulnerabilidade das pessoas acometidas de transtorno mental.....</i>	<i>57</i>
3.3 A SUPERAÇÃO DA VULNERABILIDADE ATRAVÉS DA NOÇÃO DE RECONHECIMENTO DE AXEL HONNETH.....	61
4 A INTERNAÇÃO DE PESSOAS SEM O SEU CONSENTIMENTO: UMA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS.....	67
4.1 A CONVENÇÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS DAS PESSOAS ACOMETIDAS DE DEFICIÊNCIA E A CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DIREITO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COMO MARCOS TEÓRICOS NA REFORMULAÇÃO DO TRATAMENTO DE INTERNAÇÃO.....	75
4.2 A INCONSTITUCIONALIDADE DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS.....	83
4.3 A PROIBIÇÃO DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS COMO UMA NOVA FASE PARA A LUTA ANTIMANICOMIAL.....	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97

1 INTRODUÇÃO

Através da história, pessoas acometidas de transtorno mental sofreram repetidamente alguns dos piores tratamentos já dispensados aos grupos humanos. Temidas e mal compreendidas, elas frequentemente foram excluídas de participar de forma significativa na sociedade civil e foram lhes negadas oportunidades de viverem livremente e de tomar decisões por si mesmas. Assim como outros grupos vulneráveis, elas foram vítimas de desigualdades, discriminações e nefastos estigmas sociais.

Ademais, tais pessoas também foram involuntariamente internadas e detidas em instituições psiquiátricas de todos os tipos. O confinamento involuntário é uma medida drástica de privação da liberdade que pode se configurar impróprio. Ainda assim, percebemos que esse tipo de problema persiste no Brasil, onde pessoas são confinadas, a despeito da própria vontade, em hospitais e asilos psiquiátricos por períodos indefinidos de tempo. Tal prática claramente viola os direitos humanos e fundamentais expressamente previstos na Constituição Federal vigente, bem como em tratados internacionais sobre o tema.

Evidente que o Brasil já evoluiu muito no tocante à proteção dos direitos desse grupo de pessoas. Contudo, como será demonstrado, a atual legislação nacional é dúbia e, portanto, falha em preservar integralmente os interesses dos que são acometidos de transtorno mental, em especial, quanto ao procedimento de internação sem o seu expresso consentimento.

Partindo para a fundamentação jurídica, o Neoconstitucionalismo é um marco no ordenamento jurídico que culmina na evolução do Estado, da sociedade e do Direito. Pode ser resumido em três vertentes: no campo histórico, com a passagem do Estado Liberal para o Estado Social Democrático (Constitucional) de Direito; no campo filosófico, na interlocução do Direito com a Moral, em razão do pós-positivismo; e no campo teórico, no qual a Constituição ganha força normativa, aumentando a atuação do Poder Judiciário que detém a titularidade última na defesa e na efetivação da superioridade daquela, através da nova dogmática de interpretação constitucional.

Esse fenômeno também teve como corolário a expansão das normas constitucionais para todo o ordenamento jurídico, inaugurando uma nova fase no estudo e na aplicação dos ramos do Direito. A exemplo, destaca-se a Constitucionalização do Direito Civil, aproximando este braço do Direito, historicamente privado, autônomo e liberal, dos postulados do Direito Constitucional que irradia seus efeitos sobre a legislação civilista e traz

novos paradigmas.

De igual forma, os Direitos Humanos Fundamentais assumem o protagonismo no sistema jurídico, servindo como base da aplicação do Direito e grande responsável pela preservação das garantias constitucionais. Dentre eles, destaca-se a Dignidade da Pessoa Humana, que é qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano e que se traduz num emaranhado de direitos e deveres que asseguram a dignidade da pessoa.

Em observância a tais normativas, a internação involuntária parece bastante problemática por submeter a liberdade de um sujeito, ainda que acometido de transtornos mentais, à vontade de outrem, de modo que a autonomia daquele é ignorada. Há ainda outras questões relacionadas à vulnerabilidade da pessoa submetida à internação, seja pela perspectiva de como ela se enxerga ou de como o corpo social a vê.

1.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Esta dissertação pretende responder o seguinte problema: A internação involuntária é inconstitucional? A hipótese principal considera que: sim, principalmente se for levada em consideração a Convenção de Nova York de 2007, que foi recebida no Brasil com *status* equiparado à emenda constitucional¹. Sendo assim, as internações involuntárias podem ter se tornado inconstitucionais por violar direitos e garantias outrora previstos na Constituição Federal de 1988, além de serem um ultraje à autonomia da pessoa com deficiência mental assegurada por várias legislações internacionais.

Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa é analisar a inconstitucionalidade da internação involuntária. Os objetivos específicos são: traçar os aportes sobre a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial; levantar as terminologias, a vulnerabilidade, sob o olhar da legislação, e o reconhecimento das pessoas acometidas de transtorno mental; enfim, explicar os impasses da internação involuntária a partir da legislação nacional e internacional.

O contato com a literatura da linha de pesquisa possibilitou o acesso a vários textos da área jurídica, da Saúde, da Filosofia e da Sociologia, relacionados ao objeto de estudo, sendo este aspecto interdisciplinar um dos aspectos justificadores do interesse pelo tema. A pretensão nesta pesquisa estende-se no sentido de contribuir para gerar uma nova reflexão entre intérpretes e operadores do Direito com relação a aplicação das normas de internação de

¹ Nos termos do artigo 5º, parágrafo 3º da Constituição Federal de 1988 e do Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009.

pessoas com transtornos mentais, garantindo a autonomia da vontade desses indivíduos.

O método utilizado é o qualitativo, em razão da necessidade de investigar os conceitos correlatos ao tema. O método qualitativo permite uma maior flexibilidade e subjetividade em relação à interpretação dos conceitos acadêmicos (IGREJA, 2017, p. 16-17). A pesquisa de base qualitativa intenta conhecer uma realidade por meio do aprofundamento de significados, atitudes, crenças, valores e relações humanas (MINAYO, 1992). O termo 'qualitativo' implica uma partilha densa, com fatos, locais e pessoas que constituem os objetos da pesquisa, com o fito de extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis por meio de uma atenção mais sensível por parte do investigador.

O tipo de estudo deste trabalho é uma análise descritiva embasada em um estudo bibliográfico e documental, que permite analisar os quadros teórico-metodológicos, para proceder a uma classificação, de fontes que desbaste, clarifique, sistematize e simplifique o amplo material coletado sobre o tema. O estudo descritivo visa compreender o público estudado, os traços característicos, os problemas, o ambiente em que se vive, os valores, crenças, entre outras (TRIVIÑOS, 1987, p. 110). Todas essas questões são de suma relevância para que se compreenda o contexto da vulnerabilidade das pessoas que são internadas involuntariamente, a partir de conceitos presentes na literatura e informações existentes sobre as realidades as quais estão inseridas.

Foi priorizada a contribuição teórica de juristas nacionais e estrangeiros que produziram importantes teorias no campo do Direito Constitucional, Civil e à Saúde para o desenvolvimento das argumentações com o objetivo de fundamentar a pesquisa construída no decorrer do curso. O desenvolvimento da pesquisa inicialmente terá a seguinte estrutura:

No segundo capítulo, serão abordados o sistema asilar, a reforma psiquiátrica, a luta antimanicomial, bem como a contrarreforma psiquiátrica. Será exposto o tratamento ao qual as pessoas acometidas de transtorno mental foram submetidas ao longo do tempo, bem como as inúmeras violações às suas integridades física, psíquica e emocional e a perpetuação de tais atos nefastos até a hodiernidade.

No terceiro capítulo, será feito um levantamento sobre as principais terminologias correlatas a transtornos mentais, partindo de definições de documentos internacionais regulados pela OMS, tais como o DSM, o CID, o AAIDD e o CIF. Ademais, buscar-se-á compreender a vulnerabilidade a partir da legislação nacional. Enfim, entender-se-á a

superação da vulnerabilidade por meio da efetivação do reconhecimento, partindo da abordagem de Axel Honneth.

No quarto capítulo, será apreciada a internação involuntária e as suas violações aos Direitos Humanos. Para isso, será explorada a Convenção Interamericana de Direitos das Pessoas Acometidas de Deficiência, a inconstitucionalidade da internação involuntária e a luta manicomial contemporânea no contexto nacional.

2 APORTES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

*No meio da madrugada, sozinho
Ele foi preso por homens estranhos
Embarcaram num navio escuro
E de manhã foram pra capital
Uns dias mais tarde, cansado e com frio
Joquim queria saber onde estava
E num ar de cigarros
De uns lábios de cobra, ele ouviu
Estás onde vais morrer
(Vitor Ramil - Joquim)*

O transtorno mental, que ao longo do tempo foi chamado de forma generalizada como loucura, existe desde a origem da humanidade, ou seja, no período da pré-história. Por esta razão, o presente trabalho não pretende se aprofundar na forma que cada civilização utilizou para lidar com os enfermos mentais. Como bem destaca Berlinguer (1976, p. 37) “qualquer tentativa de se explicar com uma só raiz comum, de fundar uma teoria etiopatogênica única das doenças mentais, ainda que se parta de uma base científica real, corre por esta razão, o risco de cair em generalizações arbitrárias”.

Mesmo porque há de se considerar a individualidade e unicidade de cada ser, situação inerente à própria existência humana, tanto quanto os pontos comuns que as pessoas possuem com os seus pares, em especial quanto se encontram nas mesmas posições geográficas e culturais.

Tais diferenças individuais podem ser observadas de várias maneiras e, a depender da sociedade onde se esteja inserido, essas discrepâncias podem se afastar do conceito de normalidade de determinada sociedade. Nem todos se coadunam com os parâmetros de sujeito normal, o que faz com que este grupo de pessoas com características diferentes dos padrões históricos e em determinados espaços geográficos sejam pejorativamente taxados como anormais e até como loucos².

² Neste capítulo, utilizaremos a palavra louco(a) para se referir à pessoa acometida de transtorno mental, com o intuito de conciliar com a denominação habitual dos períodos históricos apresentados, ainda que se tenha o

Ocorre que os critérios de classificação de quem é normal e anormal muitas vezes não ficam adstritos a fatores biológicos, psíquicos ou químicos, mas sim à percepção da sociedade, ou ainda da análise dessas pessoas feitas por outros humanos, carregadas dos próprios valores. Logo, a classificação da loucura nunca foi considerada neutra ao longo da história e foi realizada também a depender da fase intelectual da época, influenciada por pensamentos religiosos e pseudocientíficos a estudos médicos, psicológicos, sociais e até jurídicos sobre o tema (REQUIÃO, 2015, p. 88).

O que se pretende, então, neste capítulo, é traçar a forma como as pessoas acometidas de transtorno mental foram tratadas ao longo do tempo, explicitando as inúmeras violações às suas integridades física, psíquica e emocional. Isso acontece pelo simples fato de agirem em desconformidade com o que é considerado normal no meio social. Vale apontar que até hoje perduram tais atos nefastos, em especial com a promoção estatal de políticas públicas que priorizam a internação e a segregação dessas pessoas. Contudo, não serão feitos, neste momento, aprofundamentos jurídicos sobre o tema, que será objeto de reflexão no capítulo seguinte.

2.1 DOS TEMPOS DESREGRADOS AO SISTEMA ASILAR

Percebem-se registros de patologias psiquiátricas desde os tempos mais remotos, a exemplo da civilização egípcia, com a concepção de histeria nos papiros de Kahun. Contudo, a digressão histórica da loucura não traria maiores benefícios para o presente estudo, por não ser o objetivo principal deste trabalho o aprofundamento sobre as origens da loucura. Dessa forma, toma-se como ponto de partida as anotações desde a Grécia antiga, quando diversos filósofos se debruçaram sobre o tema, a exemplo de Pitágoras, Empédocles e, principalmente, Hipócrates, que trouxe uma correlação entre a loucura e a sexualidade, bem como entendeu a epilepsia como uma doença profana (LOUZÃ NETO, 2007, p. 21).

O povo grego era fascinado pela loucura, admirando e temendo suas manifestações, sejam positivas ou negativas, como se vê em diversas peças literárias. É o caso do personagem Ajax, na história de Ulisses, que destruiu seu próprio exército acreditando se tratar do rival, ceifando a própria vida quando posteriormente retomou a consciência. Quando Ulisses (sucessor de Aquiles, o que nada teme) toma conhecimento do furor de Ajax e é questionado pela deusa Atenas sobre o episódio, o mesmo reconhece que não teme a nenhum conhecimento da carga negativa e equivocada da expressão, conforme será apresentado no capítulo seguinte.

homem, uma vez que são de espírito, demonstrando que a força humana é frágil perante a loucura (SANTANA, 2019, p. 16).

Por outro lado, Platão traz uma visão antagônica ao temor de Ulisses, ressaltando que a loucura pode ser um favor oriundo das divindades e, neste caso, seria, na verdade, uma fonte dos maiores bens a serem concedidos a um mortal. Neste sentido, os gregos acreditavam que os deuses poderiam conceder a alguns selecionados o poder da divinação e da adivinhação, sendo estas consideradas como uma fonte de conhecimento e, ao mesmo tempo, também eram entendidas como formas de delírio ou loucura (PELBART, 1989, p. 23-25).

Para Sócrates, a demência era dividida em dois grandes gêneros, quais sejam, a loucura humana e a divina. Sendo que esta última seria fruto de uma manifestação oriunda dos deuses, capaz de modificar os hábitos das pessoas, ao passo que a primeira incorreria das patologias capazes de explicar as perturbações do espírito pelo desequilíbrio do corpo (SANTANA, 2019, p. 17).

Importante observar que, em que pese a visão de Sócrates sobre uma origem humana e patológica da loucura, na Grécia, não havia o costume de segregar os loucos, ou mesmo de estudá-los. Conforme ensina Santana (2019, p. 17), para os gregos, o objeto das ponderações sobre a loucura nunca recaiu sobre a pessoa em si, mas sim sobre os efeitos produzidos por ela. Assim, o que havia, em verdade, era a celebração aos efeitos da loucura, considerada como manifestações do místico, do sobre-humano.

Logo, não era o louco que era celebrado, este era apenas mais um elemento da sociedade grega, celebrava-se e admirava-se a própria loucura. Assim sendo, não havia segregação dos loucos, estes faziam parte da sociedade, sem que houvesse o conceito de os extirpar das vistas das pessoas ditas normais, pelo contrário, estas por vezes se submetiam a rituais enlouquecedores, a fim de se aproximar do divino. Neste sentido, conclui Santana:

Absorvida esta premissa, não se mostra historicamente adequado tratar o louco, neste momento, como doente. Isso porque, aos olhos do Grego, a experiência da loucura não recaía sobre o arcabouço técnico da medicina, mas como manifestação do divino e, portanto, no construto ideológico-social da época (SANTANA, 2019, p. 16).

Contudo, esse entendimento da loucura como um caráter divino, sendo o louco um receptáculo da manifestação sobrenatural, veio a ser derrocada por volta do século XII, em especial, com o fortalecimento da Igreja Católica, quando a loucura passou a ser caracterizada como uma relação satânica ou em conformidade aos rituais pagãos (LEME *et*

al, 2021).

O catolicismo trouxe a concepção de que o diferente poderia ter uma origem espiritual. Isso quer dizer que, enquanto o louco, no modelo grego, era considerado o instrumento de uma manifestação caótica, autônoma e incontrolável; na idade média, o louco consistia num ser que foi submetido a vontades demoníacas, vindo daí a origem de seus disparates. Portanto, tais manifestações deveriam ser cessadas de forma imediata, isto é, com a execução do próprio sujeito (MUCHEMBLED, 2001, p. 41).

Criou-se uma relação entre a loucura e as práticas que se afastavam da ideologia prevista no Livro Sagrado, havendo uma verdadeira confusão entre aquela e o pecado. Nesta época, o louco deixou de ser apenas o homem que era acometido de um transtorno mental, e passou a ser considerado todo aquele que praticava magia, bruxaria, druidismo ou adoração aos demônios, ainda que supostamente (LEME *et al*, 2021). A consequência desta posição foi a de considerar o louco como um verdadeiro inimigo da fé cristã e, com isso, ser alvo de perseguição pela Igreja Católica, em todos os seus escalões, como também pelos próprios reinos e pela sociedade como um todo.

A Santa Inquisição, que realizava um serviço de limpeza social por acreditar ser seu papel divino acabar com a proliferação dos inimigos da Igreja, destinava ao louco o mesmo tratamento que aplicava aos demais perseguidos, inclusive com o aval da sociedade católica, que acatava, sem resistência, os mandamentos cristãos oriundos do Vaticano (SANTANA, 2019, 17).

Na Idade Antiga e Média, as explicações do mundo se davam por fundamento na religião. A visão sobre a loucura e outras doenças tinha, por isso, alicerce nas explicações teológicas, razão pela qual esse período é marcado por “exorcismo, perseguição aos enfermos mentais, intolerância, condenação à fogueira e crueldade, que só terminaria com a criação dos não menos brutais manicômios, no início da Idade Moderna” (LOUZÃ NETO *et al*, 2007, p. 22).

Foi a partir deste recorte temporal que o louco se tornou estigmatizado perante a sociedade (SANTANA, 2019, 18), já que foi sob a influência da Igreja Católica que o louco passou a ser um sujeito detestável para o meio, merecendo ser retirado do convívio social. Ainda que, nos dias atuais, a loucura esteja atrelada à medicina e não à religião, essa carga negativa que o louco recebeu ainda perdura. Boa parte da sociedade ainda não aceita o seu comportamento diferente dos ditos padrões normais, preferindo o afastamento dessas

peessoas, o que também explica não só a existência, mas a preferência de institutos de internação, como se verá adiante.

Nesse período, em razão das Cruzadas, houve uma grande e preocupante proliferação de casos de lepra no território europeu. Assim, chegaram a existir mais de dezenove mil leprosários, visando confinar os desafortunados sobre os quais este mal recaiu (FOUCAULT, 2017a). Destaca-se que, desde a antiguidade, a sociedade estigmatizava os portadores dessa doença. A segregação era necessária, na realidade social da época, principalmente sob a justificativa de expiação do leproso e não por uma ideia de castigo. Durante a época medieval, os leprosários europeus eram, em verdade, um grande mecanismo de controle social. Chegava-se a acreditar que a lepra podia ser transmitida pelo ar, sem qualquer contato físico, o que também servia de argumento para referendar o confinamento (LEME *et al*, 2021, p. 19).

Ocorre que, com o passar do tempo, os leprosários, símbolos de exclusão, finalmente, conheceram seus últimos habitantes. O confinamento do louco surgiu pouco depois do desaparecimento da lepra. Isso porque no fim da Idade Média, a lepra praticamente desaparece da Europa. Os leprosários, passariam a receber, inicialmente, os portadores de doenças venéreas, ao passo que “os loucos só ingressariam nos leprosários tempos depois, mas as primeiras formas de segregação adquirem traços semelhantes já no Renascimento” (LEME *et al*, 2021, p. 20). Eram depositados em navios – a chamada Nau dos Loucos – que os levavam para lugares distantes. A sorte que se encarregasse deles. Michel Foucault descreve:

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem (FOUCAULT, 2017, p. 12).

No fim do século XVII e especialmente a partir do século XVIII, a identificação dos doentes mentais deixa de se basear em critérios socioculturais imprecisos. As narrativas de mundo, sempre conectadas a preceitos religiosos e dogmáticos, perdem espaço para explicações mais reais, de forma que a ciência passa a encarar a loucura como doença. A própria psiquiatria só toma forma quando as perturbações dos indivíduos são reconhecidas como patologias. É o que explica Louzã Neto:

Entretanto, uma mudança fundamental ocorreu no século XVII, a partir da fundação de locais para o cuidado de doentes mentais. Antes remidos, hostilizados e rejeitados, os doentes passam a ser reconhecidos como objeto da psiquiatria, dignos de cuidados médicos. Tal mudança aboliu o caráter demoníaco das práticas alienistas da época medieval. O objeto da psiquiatria só se constitui na medida em que o caráter médico das perturbações dos indivíduos é reconhecido e quando "a noção de doença mental destacou-se com bastante nitidez".

Por promover o reconhecimento do doente mental como objeto da psiquiatria, chamou-se habitualmente de primeira revolução psiquiátrica ao movimento de fundação dos hospitais psiquiátricos e casas de saúde. O resultado é o desenvolvimento do método psicopatológico e o surgimento de classificação das doenças mentais (LOUZÁ NETO *et al*, 2007, p. 22).

Independente de alguma evolução teórica da medicina quanto à identificação, qualificação, diagnóstico e tratamento do louco, este continuará a manifestar a doença distante dos olhos da sociedade, posto que, desde essa época, a loucura já era tratada como uma perturbação social e os loucos eram confinados, seja nas naus, seja nos leprosários, demonstrando a persistência do tratamento de reclusão sem consentimento ao longo dos períodos humanos (LEME *et al*, 2021).

Assim, o confinamento³, historicamente, não teve uma finalidade meramente terapêutica, mas sim um objetivo de segregar, tirar das vistas, aqueles que cujo comportamento desagradava a sociedade. Vejamos:

Em toda a Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos suas origens. Constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise econômica espanhola. Mesmo a Inglaterra, o menos dependente desse sistema dentre todos os países da Europa ocidental, vê-se às voltas com os mesmos problemas (FOUCAULT, 2017, p. 66).

Inclusive, como observa das lições de Foucault (2017) acima expostas, a medida de internamento sempre tivera também interesses econômicos (muitas vezes escusos), já que, desde tal época, as crises econômicas que afetaram o mundo motivaram o confinamento dos supostos loucos. Além disso, Foucault (2017) traz que a própria transição do Feudalismo para o Capitalismo tem importância significativa para a segregação:

Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que forem presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A

3 Pode-se dizer que o confinamento é o correspondente histórico a atual medida de internamento.

alternativa é clara: mão de obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em períodos de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. Não nos esqueçamos que as primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra nas regiões mais industrializadas do país (FOUCAULT, 2017, p. 67).

Na visão de Foucault (2017b), a psiquiatria não surge de uma necessidade de proteção do louco e da defesa da sua liberdade, surge em razão dos interesses de dada sociedade em exercer uma função dominante sobre o indivíduo, de modo a utilizar a condição do ser alienado para expurgar os que ofendessem os costumes, a moral e a razão da época.

Isto porque, desde esse tempo, a qualidade de louco era imputada à pessoa a depender de sua conduta, que podia ou não ser aceita pela sociedade. Assim, “as condições e sanidades psicológicas do agente não eram levadas em consideração e as motivações da consciência do mesmo raramente o eram” (MARCANTONIO, 2010, p. 142).

A partir do final do século XIX, em razão dos abusos que reiteradamente ocorreram nas instituições psiquiátricas, iniciou-se a busca de uma nova visão por parte dos profissionais da área que ficou conhecida como antipsiquiatria (LOUZÃO NETO *et al*, 2007, p. 29). Tal mudança, ainda que com bastante parcimônia, deu início à humanização do tratamento psiquiátrico. A exemplo, Philippe Pinel implantou algumas mudanças no Hospital Geral de Paris:

libertando os pacientes que ali estavam das correntes, impondo aos funcionários que os tratassem como pacientes comum e que, apenas nas ocasiões de manifestações agudas de crise, fizessem uso da camisa de força. Essas medidas humanitárias, por assim dizer, inspiram alterações substanciais nos procedimentos aplicados nas instituições dessa natureza em toda a França, e marcam uma alteração na concepção, até então tradicional (MARCANTONIO, 2010, p. 143).

No Brasil, os cuidados institucionais relacionados a pessoas com problemas mentais iniciou-se na época do Segundo Reinado, com a criação de estrutura asilares como as Santas Casas de Misericórdia. Tais hospícios raramente tinham a presença de médicos, praticamente não tinham fins terapêuticos e serviam basicamente para segregar os chamados “loucos” (BRITO; VENTURA, 2012).

A primeira norma sobre o tema, em verdade, foi o Decreto nº 142 A, de 11 de janeiro de 1890. Logo em seguida entrou em vigor o Decreto 206-A, de 15 de fevereiro do mesmo ano. Ambos foram publicados já sob o período da insipiente República. Desse último decreto,

destaca-se a seguinte passagem:

Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquillidade pública, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados.

Art. 14. As admissões serão ex-officio ou voluntarias ou definitivas.

§ 1º As admissões ex-officio serão requisitadas pelas autoridades publicas por intermedio do chefe de policia, fazendo acompanhar os alienados dos pareceres dos medicos da policia, dos documentos de interdicção, si os houver, e da noticia circunstanciada dos factos que legitimam a reclusão.

§ 2º As admissões voluntarias serão produzidas em virtude de requerimento, em que se declare o nome, naturalidade, idade, estado, profissão, filiação e residencia do doente, acompanhado dos pareceres de dous medicos que o tenham examinado 15 dias, no maximo, antes do da sua admissão, ou de documentos legaes comprobatorios da demencia.

§ 3º Sómente poderão requerer:

a) Para um dos conjuges o outro;

b) Pae, mãe, irmão, ascendentes e descendentes, e, na falta delles, o tutor e o curador.

Tanto em um como em outro caso a admissão será provisoria. (BRASIL, 1890, n.p.)

Como posteriormente será demonstrado, perceber-se-á que o tratamento dispensado à internação não-voluntária na legislação hodierna em muito se assemelha e repete os preceitos estabelecidos na regra criada em 1890, o que nos leva a concluir que a lei atual é anacrônica e não respeita a evolução dos Direitos Humanos que ocorreu nesse lapso temporal.

Outros dispositivos legais foram positivados ao longo do tempo, entre eles os Decretos 791/1890, 2.467/1897, 3.244/1899, 1.193/1903, 8.834/1911, 4.294/1921, 5.148-A/1927 e 24.559/1934. Desse último, cumpre salientar o artigo 11:

Art. 11. A internação de psicopatas toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

a) por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;

b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge, pai ou filho ou parente até o 4º grau inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação.

§ 1º Para a internação voluntária, que somente. Poderá ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta do estabelecimento mixto, o paciente apresentará por escrito o pedido, ou declaração de sua aquiescência.

§ 2º Para a internação por solicitação de outros será exigida a prova da maioria do requerente e de ter se avistado com o internando há menos de 7 dias contados da data do requerimento.

§ 3º A internação no Manicômio Judiciário far-se-há por ordem do juiz.

§ 4º Os pacientes, cuja internação for requisitada pela autoridade policial, sem atestação médica serão sujeitos a exame na Secção de Admissão do Serviço de Profilaxia Mental, que expedirá, então, a respectiva guia. (BRASIL, 1934, n.p.)

Apesar de tal reviravolta na comunidade psiquiátrica, o confinamento permanecia. Somente em meados do século XX, o movimento antipsiquiatria ganhou força na Europa e se difundiu pelo mundo. Enquanto isso:

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições, como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão, entre doente e médico – tinham por função fazer do personagem médico o “mestre das loucuras”; aquele que faz manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de tê-la sabidamente desencadeado (FOUCAULT, 2017, p 203-204).

Durante todo esse período, permaneceram as práticas com pouca ou nenhuma fundamentação científica e com total desrespeito à dignidade dos internos, carecendo de um tratamento humanitário.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

Na década de 60 do século XX, Franco Basaglia, médico e psiquiatra de Veneza, é reputado o pioneiro do movimento de reforma psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática. Deve-se a ele o início do movimento de desinstitucionalização, inspirando-se na vasta literatura de Foucault, especialmente quanto ao enfoque empregado por este último no sentido de que a psiquiatria sempre foi um instrumento de controle social e uma forma de exercício de poder.

Em 1961, Basaglia iniciou as atividades como diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e também inaugurou o seu projeto de transformar o hospital em uma comunidade terapêutica: primordialmente tendo por base a melhoria das então condições de hospedaria e os cuidados de tratamentos aos internos daquele hospital. Entretanto, ao longo do tempo, Basaglia foi notando que a mera humanização das condições hospitalares não seria suficiente, passando a refletir sobre a necessidade de transformações no modelo de assistência psiquiátrica e, igualmente, na forma como a sociedade enxergava a loucura. A partir dessas concepções de transformação

institucional promovidas por ele, iniciou-se um processo de desospitalização. (LEME *et al*, 2021, 23)

Dali em diante, o pensamento de Basaglia influenciaria a nova forma de pensar a psiquiatria, na Itália e no mundo.

A partir da década de 1970, iniciou-se, no Brasil e no mundo, um movimento para reformar e humanizar os programas de saúde mental, máxime, em razão das inúmeras denúncias de abandono, violências e maus-tratos a que estavam submetidos os pacientes internados nos hospícios do país (REQUIÃO, 2015).

Tal movimento culminou na aprovação da Resolução A/8429 da Assembleia Geral da ONU, em 22 de dezembro de 1971, que proclama a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental. Em 17 de dezembro de 1991, foi aprovada por esse mesmo ente internacional a Resolução 46/119 (UNITED NATIONS, 1991) sobre a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. Desse último, destaca-se o Princípio 1.4:

4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental. “Discriminação” significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos (UNITED NATIONS, 1991, n.p.)

No Brasil, a referência é o Projeto de Lei 3.657/89 (BRASIL, 1989, n. p.) de autoria do Deputado Paulo Delgado, que pretendia acabar com sistema manicomial e asilar no nosso país. Esse Projeto sofreu várias modificações e, após 12 anos, finalmente foi sancionada a Lei 10.216/2001⁴, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que é a atual base legal do tema em estudo em conjunto com a Portaria do Ministério da Saúde de nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002.

Reforma psiquiátrica é o termo designado para descrever um movimento que clamou por mudanças estruturais no âmbito da psiquiatria e no tratamento das doenças mentais, repensando essa inter-relação e o isolamento social das pessoas com deficiências mentais (AMARANTE; TORRE, 2017).

4 A referida lei é a norma em vigor que versa sobre as internações de pessoas acometidas de transtorno mental, que será objeto de estudos especificamente no capítulo 4.

No entanto, o uso da palavra “reforma” é bastante discutido na literatura, por significar uma ruptura que, de fato, não ocorreu. Amarante e Torre (2017) defendem que tal movimento, em verdade, ensejou uma espécie de renovação, já que não rompeu definitivamente com as diretrizes que lastreavam este campo. Nesse sentido, contou-se com processos de humanização, modernização, aperfeiçoamento de técnicas e tratamentos, o que, para esses autores, sinaliza uma continuidade com os relacionamentos estabelecidos, a priori, de forma a não produzir reforma no sentido pleno.

O conceito de reforma é bastante problemático e tematizado por parte da literatura crítica em Saúde Mental. Pode-se considerar que muitas experiências de reforma psiquiátrica foram uma espécie de “renovação”, no sentido de que não produziram reformas no sentido pleno. Produziram reacomodações, mantendo muitos dos fundamentos tradicionais da Psiquiatria, em um processo que Rotelli *et al* denominaram de “renovação da capacidade terapêutica da psiquiatria”. Seriam renovações do arsenal terapêutico psiquiátrico na forma de processos de “humanização” ou “modernização”, ou ainda, “psiquiatrias reformadas” (AMARANTE, TORRE, 2017, p. 765).

Como dito, os movimentos que deram origem à reforma psiquiátrica ocorreram em meados da década de 1970, como um anseio à modificação da relação do psiquiatra para com seus pacientes, ultrapassando as críticas que eram feitas acerca tão somente da condição ambiental dos asilos e do modelo asilar em si (REQUIÃO, 2015).

Um fator que ensejou esta luta foi o momento pós-guerras, no qual a sociedade ocidental como um todo passou a se atentar a temas de Direitos Humanos e de promoção de qualidade de vida, diante da destruição e da consciência da efemeridade da vida (REQUIÃO, 2015).

Em que pese sempre tenham existido críticas ao sistema asilar, estas só vieram a ter força suficiente para se pensar num movimento de reforma após a Segunda Guerra Mundial. Por um lado, porque após as atrocidades da Guerra houve desenvolvimento de movimentos em prol da proteção dos direitos das minorias³¹⁹, o que incluiu a situação dos portadores de transtorno mental (REQUIÃO, 2015, p. 103).

Demorou até que, no Brasil, fossem percebidas as mudanças jurídico institucionais, sendo a reforma psiquiátrica um grande movimento pela inserção dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais no texto constitucional (REQUIÃO, 2015).

Outro fator que deu azo a essa preocupação jurídica legislativa foi o surgimento da psicofarmacologia na década de 1950, que passou a tratar as pessoas com transtornos mentais,

cujos direitos foram resguardados e cujos avanços na área da psicofarmacologia permitiram uma melhor qualidade de vida (REQUIÃO, 2015). A influência da ascensão desta área deu-se tanto nas lutas sociais por direitos, quanto na própria luta antimanicomial.

Assim, as transformações jurídicas decorrentes desse período apontaram para uma maior proteção das minorias vulneráveis, criando normativas que passaram a figurar os textos constitucionais, como nunca havia sido tratado anteriormente (BARROSO, 2005).

Esse processo de inserção de sujeitos e de temas no texto constitucional é chamado de constitucionalização do direito, e consiste na mudança de ótica quanto às funções do Estado e da Constituição, que passam a promover a defesa de direitos de grupos sociais, garantindo direitos sociais, culturais, ambientais, numa proporção inédita (BARROSO, 2005; BARROSO, 2017).

Nesta toada, houve a inserção da proteção das pessoas com transtornos mentais, que passaram a ser protegidas também pela Constituição de 1988 (DELGADO, 2019). Tais proteções de minorias, portanto, abarcaram este grupo.

Por tudo isso, a reforma psiquiátrica se diferencia dos movimentos anteriores, que criticavam o papel da psiquiatria, pois não mais se questiona o dano que o tipo de tratamento no modelo asilar causa, visando somente a sua humanização, mas a extirpação do tipo de relação que possibilita o tratamento degradante (REQUIÃO, 2015; DELGADO, 2019).

Passa-se a questionar o confinamento enquanto forma de tratamento, suscitando todos os problemas decorrentes desse tipo de prática, conforme já debatido e demonstrado, e, principalmente, no que tange a relação ética entre os médicos e os pacientes (AMARANTE, 1995).

Sabemos que o mundo do confinamento não serviu apenas à ordem política e econômica, que necessitava esquadrihar o espaço público destinando lugares de inclusão e exclusão social. Serviu também, e nisso o Brasil foi praticamente inigualável, a uma promissora "indústria da loucura", como, com muita propriedade, a denominou Carlos Gentile de Mello, consolidada a partir do Plano de Pronta Ação do Ministro Leonel Miranda, que operou a maior privatização da assistência psiquiátrica de que se tem notícia. Tais empresários resistem às reformas no campo da saúde mental, mesmo sabendo que poderiam participar do novo sistema, uma vez que se propusessem a constituir os novos serviços, embora não fôsse possível incluí-los, automaticamente, como veremos, no contexto da desinstitucionalização, já que esta não significa apenas a administração de serviços não hospitalares (AMARANTE, 1995, s/p).

Observa-se, portanto, que embora tenha havido outras insurgências quanto ao

modelo asilar alhures, as demandas anteriores eram quanto ao aperfeiçoamento do sistema, enquanto a reforma psiquiátrica exsurge para questionar o próprio modelo, de forma a propor outros tipos de relação, que não passem, necessariamente, pelo modelo asilar (AMARANTE, 1995; REQUIÃO, 2015). O rompimento com o modelo anterior se tornou uma demanda para atender aos mencionados anseios de proteção de grupos vulneráveis no período pós Segunda Guerra Mundial (REQUIÃO, 2015).

Ademais, o intuito maior ao questionar o modelo de asilo, e, portanto, de confinamento, é a discussão acerca da desinstitucionalização das pessoas que possuem questões de ordem da saúde mental (AMARANTE, 1995). É pensada uma forma de reinserir os indivíduos na comunidade, utilizando outras formas de tratamento que não as mantenham em *status* de exclusão social.

A exclusão das pessoas com deficiências mentais dá-se não só socialmente, como ambientalmente, e relegá-los ao confinamento passou de ser a alternativa de tratamento que se considera viável, dado o aprofundamento das desigualdades sociais e da exclusão que resulta num rompimento com os laços da sociedade (AMARANTE, 1995).

De modo geral, podemos situar a RP enquanto um movimento de resistência a uma modalidade de poder de normalização, para a qual a internação compulsória sempre cumpriu uma função de identificação dos anormais, e desse modo estabelecer seu diagnóstico, prognóstico, terapêutica e pena. A IC opera o agenciamento entre a Psiquiatria e o Direito Penal como estratégia de pôr em funcionamento um regime de normalização das condutas. Foi em crítica a esse diagrama de normalização que a RP instituiu um conjunto de dispositivos, entre eles, a Lei da Reforma Psiquiátrica, que tem por finalidade reconstruir um novo diagrama, que passa por uma outra relação entre a loucura e a cidade, através da diretriz da reabilitação psicossocial. Doravante, o dispositivo da IC encontra-se agenciado e condicionado a novos princípios e diretrizes que não eliminam a IC, mas que, no texto da lei que regulamenta a RP, alteram sua função estratégica. A principal alteração estratégica é a mudança de posição da IC, de um lugar de centralidade e prioridade, para um lugar periférico de retaguarda (AZEVEDO, SOUZA, 2017, p. 501).

As pessoas institucionalizadas têm vários direitos cerceados, dentre eles, os direitos à personalidade, que restam prejudicados em razão dos mandamentos de ordem e controle, que inferem nas formações identitárias e sentimento de pertencimento (ROCHA; ADÃO; ALVES, 2022). Isso é levado em consideração quando do clamor pela desinstitucionalização, que requer um tratamento mais digno às pessoas com deficiências.

A questão territorial aparece no discurso de Amarante e Torre (2017) como essencial,

sendo necessária uma reterritorialização desses sujeitos, passando de uma relação de controle e vigilância, para uma interação do sujeito com os territórios e as instituições que frequentam, abrindo novos parâmetros e paradigmas de construção identitária.

Todos esses questionamentos suscitados pela reforma psiquiátrica a respeito do ambiente de confinamento e do modelo asilar demonstram o aprofundamento às críticas quanto as relações entre paciente e médico, denunciando uma condição indigna e insustentável.

Contudo, é preciso ressaltar que não é prudente unificar a “reforma psiquiátrica” como sendo um só movimento, uníssono nos diferentes países. Ele é complexo e teve realidades e objetivos diferentes, como afirma Requião (2015):

É bem verdade que falar sobre a reforma psiquiátrica como se fosse um movimento único, é pretender simplificar um fenômeno muito mais complexo. As próprias características anteriores existentes no sistema de saúde de cada país, influenciaram diretamente no tipo de reação que se teve (REQUIÃO, 2015, p. 104).

Como afirma Andrade (2012, p. 69): “a reforma psiquiátrica é um processo heterogêneo de práticas, atravessada por múltiplos planos, o que faz com que apresente diferentes configurações, conforme os contextos em que se desenvolve.”. Desta forma, cabe analisar como se deram esses mecanismos em diferentes contextos, observando sua ocorrência na Europa ocidental e no Brasil nos tópicos subsequentes.

A proposta de compreensão da RP como “processo social complexo” permite pensar os processos de mudança para além do agir instrumental e burocrático e das normas e regulações, e para além das políticas do Estado e do controle técnico. Ou seja, permite pensar a RP como um movimento social de redefinição da relação social com a loucura. Trata-se de um processo que passa pelo Estado, pelos dispositivos institucionais – mas não se reduz a eles, desdobrando-se na mobilização e lutas sociais –, pelas profissões de competência especializada e pelo controle normativo, mas não se esgota aí. É um processo composto por várias dimensões, que o tornam o que pode ser denominado de processo social complexo. Isso significa que, inicialmente, existe importante investida no âmbito teórico-conceitual, refletindo sobre os conceitos básicos e fundantes do campo da Psiquiatria e ciências afins (alienação, doença e transtorno mental, cura, tratamento, recuperação e reabilitação, medicalização, entre outros). Em continuidade, a partir da ressignificação de determinados conceitos e noções, pode ser possível reconfigurar a dimensão relativa aos dispositivos e estratégias de cuidado e atenção (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 765).

Destarte, faz-se necessário analisar como se deu a reforma na Europa ocidental e no

Brasil, e quais as influências que um movimento teve no outro, compreendendo que o movimento teve grandes dimensões e diferentes objetivos e resultados nos diferentes lugares onde houve luta social a este propósito.

2.2.1 A Reforma Psiquiátrica na Europa ocidental

Na década de 1950, o cenário da saúde mental e dos hospitais psiquiátricos atingiu tal desordem que ensejou a faísca que se transformou na luta antimanicomial na Europa. Os hospitais psiquiátricos estavam superlotados, não havia recursos humanos suficientes para a sua manutenção e para atender à demanda, que era suntuosa (BATISTA, 2014). Além disso, havia diversas denúncias de maus-tratos, o que fazia com que as equipes de funcionários fossem reduzidas (BATISTA, 2014).

Desta forma, diante da situação de insalubridade e de desrespeito às condições mínimas de dignidade dentro dessas instituições, começaram a surgir críticas ao modelo de manicômio, passando as críticas tão somente das más gestões e práticas, para questões radicais, atinente à necessidade de existência deste tipo de tratamento de internação (REQUIÃO, 2015).

As críticas ao modelo asilar despertaram dois grupos de insurgentes: aqueles que defendiam a reformulação das instituições, as transformando em mais humanitárias e com fins terapêuticos, como foi o caso da França; e de outro lado havia aqueles que defendiam a ruptura com a prática psiquiátrica da forma que ocorria, havendo grupos antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e grupos que clamavam por uma Psiquiatria Democrática, como na Itália (BATISTA, 2014).

Enquanto países europeus como Inglaterra e França tentavam fazer suas reformas sob uma perspectiva de reorganização modernizadora, criando serviços psiquiátricos alternativos mas articulados aos hospitais, na Itália o movimento iniciado por Basaglia, com uma experiência de comunidade terapêutica circunscrita a um asilo nos confins do país, pouco a pouco se tornou foco de crescente polêmica e gerou profunda e radical transformação na assistência e na política de saúde, quebrando a organicidade histórica da corporação médica. Esse processo não ocorreu uniformemente (YASUI, 2011, s/p).

Acerca dos hospitais psiquiátricos com fins terapêuticos, há que se ressaltar que embora a França seja o modelo proeminente, a Inglaterra também aderiu, numa concepção de comunidade terapêutica, enquanto na França falava-se em psicoterapia institucional

(BATISTA, 2014).

Requião (2015) destacou que na França havia uma forte influência da psicanálise, que estava em um período de muito crédito, e, por isso, acreditava-se que todos aqueles que se encontravam nos hospitais psiquiátricos deveriam passar pelo processo de psicanálise, tanto os pacientes, quanto os funcionários.

No caso da psiquiatria de setor, que tem início na França, em 1945, e em 1960 é incorporada como política oficial de saúde mental, a prioridade é o tratamento do doente em sua própria comunidade. Foram criadas equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais para prevenir e tratar as doenças mentais sem muros ou confinamentos. O hospital estava lá apenas como coadjuvante, para auxiliar no tratamento. A reforma na França tinha como objetivo substituir o modelo excludente e isolacionista, baseado na repressão, pela emancipação do doente mental e sua reintegração à sociedade (BATISTA, 2014, p. 399).

É importante consignar que no contexto francês, “a psiquiatria de setor, em consonância com a psiquiatria comunitária anglo-saxônica, pretendia definir-se pela saúde mental e não mais pela doença” (YASUI, 2011, s/p). No entanto, ainda que houvesse uma atenção psiquiátrica à comunidade, fazendo uma descentralização dos tratamentos hospitalares para outros territórios, não houve intenção de acabar com os hospitais psiquiátricos, que mantinham sua importância em outros serviços não tão prolongados quanto a internação (PASSOS, 2009; YASUI, 2011).

Já na Inglaterra, a flexibilização do modelo asilar começou a se dar ainda na década de 1940, mas não por um forte movimento reformista, e sim por insuficiência de recursos, decorrentes da crise econômica e das destruições que acometiam o país (REQUIÃO, 2015). Isso fez com que fosse adotada uma nova organização pautada em instituições totais e parciais, que perdura até a contemporaneidade (REQUIÃO, 2015).

Em 1959, na Inglaterra, houve a aprovação da Lei da Saúde Mental (Mental Health Act), que foi um marco da reforma, por aduzir que os portadores de doença mental não fossem tratados diferentemente dos demais doentes, além de estimular a criação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, acarretando uma diminuição das internações hospitalares (REQUIÃO, 2015).

Do outro lado, representando esses lugares onde se almejou a ruptura total com o modelo psiquiátrico, simbolizam a Itália e os Estados Unidos, com propostas de soluções que envolviam o fim total do manicômio (REQUIÃO, 2015). Um dos representantes deste movimento na Itália foi Franco Basaglia, que segundo Batista (2014):

Basaglia propunha não somente a erradicação dos manicômios na Itália, o que começa a ocorrer a partir de 1973, como também a desconstrução dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos. Para ele, tanto a família e a escola quanto as prisões e os manicômios são as “instituições da violência”: “a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na chantagem e na ameaça; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental” (Basaglia, 2005, p. 91). Basaglia questiona os diagnósticos clínicos, enxergando neles um “profundo significado discriminatório”. Um esquizofrênico rico, internado em clínica particular, recebe um prognóstico diferente de um esquizofrênico pobre, encaminhado a um hospital psiquiátrico. O primeiro nunca é descontextualizado ou separado totalmente de sua realidade, o que facilita sua reinserção na sociedade. Os pobres seriam aqueles que já sofrem com a violência do sistema social que “os empurra para fora da produção, para a margem da vida associativa, até encerrá-los nos muros do hospital” (Basaglia, 2005, p. 91). Seriam esses os elementos de transtorno da sociedade. A exclusão dos loucos do mundo dos sons só confirma e sanciona a validade das normas que a própria sociedade estabelece (BATISTA, 2014, p. 398).

Em que pese a desinstitucionalização apareça como um importante pilar no discurso de Basaglia (2005), era importante que se repensasse socialmente as implicações das relações dos psiquiatras e seus pacientes, delineando a interseccionalidade das opressões, demonstrando que as pessoas que tinham algum tipo de sofrimento e transtorno mental de classes subalternizadas, acabavam por sofrer mais descasos e violências que aquelas pessoas abastadas que recebiam os mesmos diagnósticos.

A luta antimanicomial assume uma forma complexa, ao combinar fatores de ordem social, econômica, racial e de gênero, de forma a compreender a profundidade das relações e das violências, demonstrando a falibilidade do modelo asilar vigente à época.

Nesse sentido, nossa ação atual tem de ser uma negação que, nascida como reviravolta institucional e científica, conduz à recusa do ato terapêutico como resolutivo de conflitos sociais, que não podem ser superados mediante a adaptação de quem os sofre. Os primeiros passos dessa reviravolta efetuaram-se, portanto, por meio da proposta de uma nova dimensão institucional que definimos, no início, como uma comunidade terapêutica (BASAGLIA, 2005, p. 104-105).

Basaglia possuiu um importante papel na Itália, e suas contribuições ultrapassaram fronteiras, influenciando movimentos de outros países, tal como os Estados Unidos e posteriormente até o Brasil (YASUI, 2011; BATISTA, 2014).

Lado outro, ainda que se relacione a reforma psiquiátrica no Brasil ao modelo italiano, ressalvas são necessárias, devido ao avanço da iniciativa privada, principalmente a

partir da década de 1960 no Brasil, enquanto na Itália, todo o movimento político-social encabeçado por Basaglia era atinente ao setor público (PASSOS, 2009).

As concepções de Franco Basaglia (2005) eram tidas como muito radicais para a época, visto que ele queria romper com as práticas psiquiátricas como um todo, deixando de depositar na doença todo o seu furor e questionamentos, mas na interrelação dos pacientes com o sistema, tanto o psiquiatra, quanto as instituições, e a distinções entre esse tipo de relação, a depender das condições dos pacientes (BATISTA, 2014).

Em 1968, na Itália, houve a publicação da Lei Mariotti, que previa que o internamento deveria ser voluntário, e não compulsório (BATISTA, 2014). Em que pese ter sido tratada como um avanço e uma parte desta luta antimanicomial, essa conquista legislativa foi considerada uma “microrreforma” e segundo Passos (2009), Basaglia considerava irrelevante, já que a realidade italiana persistia fortemente manicomial.

Em 1978, o parlamento italiano aprova a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, que regulamentou o tratamento obrigatório, dando lugar à internação obrigatória, fazendo com que os atendimentos acontecessem em outros ambientes, senão os hospitais psiquiátricos, cujo intuito é que futuramente fossem desativados (BATISTA, 2014).

A reforma italiana sempre considerou central a mudança na condição legal e civil do chamando doente mental, sem o que seria inviável a efetiva desconstrução das práticas anteriores. Uma grande vitória foi obtida com a aprovação da lei 180, em 1978, que previa medidas até então inéditas na legislação internacional, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto ao portador de enfermidade mental. Ressalte-se que, em muitos aspectos, essa legislação inspirou o projeto de lei brasileiro conhecido como Lei Paulo Delgado, aprovado em 1989 na Câmara Federal após tramitar 12 anos no Senado e sancionado apenas em 2001, com mudanças que o alteraram profundamente (YASUI, 2011, s/p).

Noticiou-se, ainda, o papel da Espanha na reforma, ainda que tardio. Requião (2015) assinala a participação espanhola somente a partir do final da década de 1970 e com avanços legislativos tão somente na década de 1980, com a reforma do Código Civil em 1983, que passou a requerer autorização judicial para as internações, que eram feitas a critério dos médicos e dos familiares, sem o consentimento da pessoa a ser tratada.

Nesse aspecto a Espanha se assemelha ao Brasil, que aderiu ao movimento posteriormente, na década de 1970, ainda que houvesse manifestações ao longo do mundo

noticiadas e retratadas a partir de 1940.

A Itália, portanto, se mostrou com o exemplo de maior sucesso e que, de fato, apresentou rupturas mais profundas com o sistema psiquiátrico, a partir de uma concepção político-social, que não centrava tão somente na doença, mas nos aspectos de inclusão e exclusão sociais e das outras interseccionalidades que atravessam a vivência das pessoas com transtornos mentais.

Entendendo a influência que a Itália, e, principalmente, que Franco Basaglia tiveram sobre a reforma no Brasil, faz-se necessário analisar o contexto brasileiro, à parte, para compreender efetivamente as suas nuances.

2.2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica no Brasil eclodiu em conjunção ao movimento de redemocratização do país, que trouxe à tona várias pautas sociais e a necessidade do Estado de tutelar os direitos dos cidadãos (REQUIÃO, 2015).

No Brasil, o processo de reforma se deu mais no sentido de politização das denúncias e críticas a partir dos movimentos sociais e das lutas contra o autoritarismo da ditadura e as instituições de violência que se tornaram “casas de horrores” (grandes hospitais ou asilos psiquiátricos). Por isso, a RP brasileira se constituiu como luta por liberdade e contra todas as formas de violência e tem como origem as lutas sociais e populares pelos direitos humanos e pela democracia. Portanto, nasce da sociedade civil, e não do Estado ou de interesses de grupos de poder, como reivindicação popular e por cidadania e direitos, estando muito mais próxima de uma noção de “reforma estrutural”, como proposto por Sonia Fleury, uma reforma das relações entre Estado e sociedade, mais que uma renovação de velhos modelos no âmbito técnico-assistencial. Nas últimas décadas, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem sido uma das mais importantes políticas de Saúde Mental e inclusão da diferença do mundo, levando a loucura do isolamento institucional nos manicômios à participação social e política, com ocupação da cidade e diferentes formas de inclusão social e intervenção na cultura (AMARANTE, TORRE, 2017, p. 765).

Além disso, houve forte influência italiana, principalmente no aspecto político-social do movimento antimanicomial, fazendo a junção das questões atinentes à saúde mental e questões de ordem social econômica, que fazia com que os tratamentos fossem dissonantes entre diferentes classes sociais (BASAGLIA, 2005; BATISTA, 2014; REQUIÃO, 2015).

O processo da reforma psiquiátrica brasileira se desenvolveu num contexto

mais amplo de reforma psiquiátrica que vinha sendo desencadeado em outros países, em uma concepção contra-hegemônica ao modelo vigente, baseado na custódia dos “loucos” e suas “loucuras” em espaços fechados (ANDRADE, 2012, p. 71).

Nesse aspecto, cumpre salientar que a psiquiatria brasileira se movimentou pela ascensão da psiquiatria comunitária e o movimento das comunidades terapêuticas, em 1960 e 1970, respectivamente (REQUIÃO, 2015). Essas linhas apareceram como alternativa ao tratamento degradante, possuindo uma aceção mais política do que científica. É o que destaca Requião (2015, p. 107): “surge, cumpre destacar, mais como fruto de indignação com o tratamento desumano que dá azo a uma ideologia revolucionária, do que a partir da construção de um novo saber científico”.

É preciso destacar, que embora se relacione o movimento brasileiro ao italiano, até por almejar que a reforma fosse mais severa em suas rupturas, Passos (2009) demonstra certa proximidade da reforma brasileira à francesa, também no que diz respeito às comunidades terapêuticas.

A esse respeito, leciona Requião (2015, p. 107): “embora não tenham logrado êxito em resolver o problema manicomial, por suas limitações práticas e teóricas (as comunidades terapêuticas), serviram como uma referência positiva, tendo gerado uma experiência de maior aproximação para com os pacientes”.

A psiquiatria comunitária, por sua vez, intentava a diminuição de internações, descentralizando os serviços de atendimento. Segundo Requião (2015), esta corrente não gerou muitos frutos, apresentando riscos como a psiquiatrização do social e até discursos e práticas eugenistas.

Similarmente à realidade espanhola, no Brasil, “o movimento propriamente dito de reforma psiquiátrica começa a tomar forma nos anos 1980 (...) Formalmente se costuma apontar seu início no Brasil em 1978, quando também é criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental” (REQUIÃO, 2015, p. 107).

(há) dois momentos históricos dos movimentos da reforma psiquiátrica no mundo sendo o primeiro desenvolvido na França, na Itália, na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá e o segundo desenvolvido em países como o Brasil e a Espanha. (...) este segundo momento estaria influenciado pelas reformas anteriores (ANDRADE, 2012, p. 72).

No nascedouro do movimento no Brasil, fica ainda mais evidente a proximidade ao paradigma francês, cujo intuito basilar não é o fim dos manicômios, mas a dignificação dos

atendimentos e serviços, desmistificando os danos e horrores relegados pela ditadura e pelo desrespeito aos direitos humanos (BATISTA, 2014; REQUIÃO, 2015).

É em 1985, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, que parte dos integrantes do movimento muda o discurso, passando a defender a total extinção dos manicômios, com o entendimento de que a simples humanização não seria o suficiente para resolver os problemas por eles causados (REQUIÃO, 2015). É neste momento que o “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental” muda sua autodesignação para “Movimento da Luta Antimanicomial” (REQUIÃO, 2015).

Ainda nesse período, a Constituinte de 1988 permitiu diversos avanços jurídicos e sociais correlatos ao tema, considerando que a partir de então a reforma psiquiátrica passou a contar com o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os pilares dos direitos fundamentais, que foram alargados na mencionada Constituição (DELGADO, 2019).

Aduzindo novamente ao processo de constitucionalização de direitos, nota-se que a Constituição alargou o seu papel na sociedade, deixando de prever e abordar questões apenas ligadas ao aparato burocrático organizacional do Estado, de forma a cercear seus poderes e dirigir suas funções, mas adotou uma relevância em aspectos que antes eram considerados problemas da vida privada (SILVA, 2011).

Nesta toada, as questões de saúde mental, que não recebiam o apoio constitucional anteriormente à Carta de 1988, passou a integrar esse processo, sendo incluída nas diretrizes de defesa e promoção da saúde através do Sistema Único de Saúde.

A inserção no pálio constitucional alarga a proteção dos direitos e dá os caminhos para a busca de sua efetividade, principalmente no que diz respeito à exequibilidade das garantias fundamentais. Por isso, para a reforma, e para a luta social como um todo, a proteção da saúde no texto constitucional, agregada aos demais direitos fundamentais, tal como o direito à dignidade, passaram a lastrear os discursos e as pautas quando do clamor pela concretização dos direitos.

Amarante e Nunes (2018) destacam que houve diversas conferências, simpósios, encontros que lastrearam os movimentos e impulsionaram as lutas sociais. O exemplo disso é a designação do coletivo de luta que se alterou após a primeira conferência realizada. Enfatizam, ainda, o papel de acadêmicos nessa luta, considerando que as primeiras fagulhas de insurgência se deram em âmbito estudantil/acadêmico, com estudantes da área da saúde da Bahia.

É importante destacar o papel das lutas e movimentos sociais na obtenção de direitos, afastando a passividade das concessões, demonstrando que são resultados de muito clamor e insistência (KEHL, 2020), dado que a primeira lei que veio a atender os anseios dos referidos movimentos só apareceu em 2001.

A culminação formal destes movimentos pode ser apontada como a aprovação da Lei n.10.216/2001, que teceu importantes modificações na política de saúde mental brasileira. A partir de tal lei, rompeu-se com o padrão do sistema asilar, o que abriu as portas para o fortalecimento de programas como o dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados através da portaria n.336/2002, do Ministério da Saúde (REQUIÃO, 2015, p. 109).

A Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, foi de suma importância para a reforma psiquiátrica, rompendo com o modelo asilar e fornecendo perspectivas para se pensar tratamentos mais dignos e adequados.

Sabe-se que a Lei nº 10.216/01 contém os trâmites utilizados para se realizar a IC de pessoas portadoras de transtornos mentais, inserida no aspecto legal de amparo à Reforma Psiquiátrica Brasileira. Entretanto, para a RPB, a IC comparece circunscrita por uma política composta por uma série de outros dispositivos, legais e assistenciais, que promovem a desinstitucionalização, conferindo uma função para a IC, bem delimitada (AZEVEDO, SOUZA, 2017, p. 502).

Ressalta-se que a conquista legislativa não cessa a luta social e o Movimento da Luta Antimanicomial, que continuaram vigilantes e atuantes na sociedade, denunciando as más práticas, que não condiziam com o novo arcabouço jurídico (NUNES, *et al*, 2019).

Segundo Batista (2014, p. 400): “a reforma psiquiátrica foi consolidada como política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, em Brasília. Essa política confere aos CAPS um papel estratégico na mudança de modelo”. A partir daí, houve, segundo a citada autora, uma priorização da saúde mental, havendo diferente destinação de recursos do Sistema Único de Saúde, que antes se centrava majoritariamente em gastos hospitalares.

Schulman (2020) enaltece os CAPS por os considerar como aparatos do sistema de saúde pública que são relevantes na atenção extra-hospitalar e, em especial, por operarem com entrada livre através do sistema de “porta aberta”, ou seja, com total possibilidade de ir e vir.

Batista (2014) ainda narra que os manicômios em condições precárias foram fechados,

houve expansão dos Centros de Atendimento Psicossociais, além de ter havido abertura de muitas instituições que têm o condão de receber e tratar pessoas portadoras de transtornos mentais.

Posteriormente, intensificou-se a luta social, numa constante vigilância dos tratamentos e da continuidade dos avanços, a ponto que, segundo Delgado (2019, p. 1) “até 2015, a ampliação do acesso ao cuidado, tanto para transtornos mentais graves e persistentes como para transtornos mentais menos”.

Contudo, Delgado (2019) destacou que, a partir de 2016, instaurou-se um período de retrocesso e temeridade pelos direitos já conquistados, a partir de agendas políticas que intentam o enfraquecimento da saúde pública, o que enfraquece o estado da saúde mental.

Este processo foi interrompido a partir de 2016, com medidas tomadas pelo governo Temer e continuadas no governo Bolsonaro (há uma continuidade evidente na área da saúde e de outras políticas sociais entre os dois governos, instaurados a partir de uma ruptura democrática). A primeira medida é a Emenda Constitucional (EC) 95, que já vem produzindo consequências de desconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas intersetoriais (assistência social e educação, principalmente), com impactos imediatos no campo da saúde mental. Os resultados da agenda neoliberal imediatamente impactam a saúde pública e indicadores de bem-estar e qualidade de vida: o desemprego no início de 2016 era cerca de 5,5%, e atingiu 12,5% no primeiro trimestre de Bolsonaro. É desnecessário recordar a vastíssima literatura que há mais de 100 anos correlaciona desemprego e sofrimento mental, atingindo paroxismos que alteram índices de suicídio (como recentemente na Grécia, alguns anos depois da crise de 2008) (DELGADO, 2019, p. 2).

Batista (2014) frisou que a reforma no Brasil pode ser tratada com relativo êxito, já que gerou frutos que realmente alteraram a realidade da relação da psiquiatria com as pessoas portadoras de transtornos mentais, mas, ainda assim, é preciso estar em constante vigilância para manter os direitos adquiridos, diante das ameaças políticas.

Em contraste com o contexto europeu, observa-se que apesar da delonga a integrar a luta que se reconhece como a reforma, o Brasil foi hábil na promoção de direitos e na participação popular nos movimentos sociais correlatos ao tema (SOUTO MAIOR, *et. al.*, 2018).

Alertaram Souto Maior *et al* (2018, p. 8): “para existir uma Política de Saúde Mental efetiva não basta apenas ter uma legislação que seja favorável, são necessários outros recursos, como: investimentos na área e campo da saúde mental, capacitação das equipes que trabalham nos mais diversos espaços relacionados a saúde mental [...]”.

Amarante (1995) ao dispor sobre os objetivos da reforma, destacou a importância de uma rede de apoio técnico e social, de forma a promover uma desinstitucionalização efetiva, que é o que a contemporânea Luta Antimanicomial intenta, dignificando as vidas das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Vimos que não estamos falando de fechar hospícios (ou hospitais psiquiátricos, se preferirem) e abandonar as pessoas em suas famílias, muito menos nas ruas. Vimos que não estamos falando em fechar leitos para reduzir custos, no sentido do neoliberalismo ou no sentido do enxugamento do Estado (aliás, em princípio, a rede de novos serviços e cuidados tende a requerer maior investimento não apenas técnico e social, mas também financeiro). Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade (AMARANTE, 1995, n.p.).

A visão de Amarante (1995) dignifica as pessoas portadoras de transtornos mentais, à medida que preza pela desinstitucionalização para lhes devolver a identidade, a possibilidade de se relacionar na sociedade e a inclusão social. A desinstitucionalização deve resultar também numa desconstrução dos moldes de relação estabelecidos, gerando ainda a desospitalização.

Nesse paradigma, a doença deixa de ser o epicentro das técnicas e das práticas, e quem ganha o destaque é o sujeito, sendo considerado como titular de direitos, que devem ser consagrados e respeitados.

O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (AMARANTE, 1995, s/p)

Por todo o exposto, é possível inferir que há inúmeros desafios à concretização dos direitos que se intentam e pela complexidade dos fenômenos sociais, há que se destacar que a luta não foi recebida pela sociedade e agentes públicos e políticos pacificamente, sem discordâncias. A esse respeito, é preciso entender os movimentos de contrarreforma, que intentaram barrar os avanços da reforma psiquiátrica.

2.3 A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA

O movimento da contrarreforma psiquiátrica pode ser definido como a reação às mudanças pretendidas pela reforma psiquiátrica, que intentavam a ruptura com o *status quo*. Nesse sentido, Requião (2015) destaca que sempre há na história esses movimentos pendulares, onde toda ação social gera uma reação daqueles que não se beneficiam das mudanças ou não querem apoiá-las por motivos diversos.

Quando esse tipo de movimento é relacionado à psiquiatria, faz-se uma leitura para além da sociológica, já que, segundo Nunes, *et al*, (2019), os momentos de crise fazem com que as concepções e avaliações sobre a área de psiquiatria mudem, alterando o seu valor e prestígio sociais, a depender do momento histórico vivenciado pela comunidade.

Não só o olhar sobre a crise muda, como também o olhar à loucura, tornando as sociedades mais ou menos complacentes para com aquelas pessoas portadoras de transtornos mentais (NUNES, *et al*, 2019).

É por esta razão que a reforma psiquiátrica deu início na Europa ocidental logo após a Segunda Guerra, onde a crise desencadeada pela violência, pela escassez de recursos, e por diversas violações às quais os cidadãos foram acometidos, fizeram com que os psiquiatras ganhassem novamente papel de destaque, e essa área do tratamento da saúde mental passou a ter grande atenção (NUNES, *et al*, 2019).

Como debatido nos tópicos anteriores, essa reforma engendrou diversas mudanças sociais que ultrapassam a esfera da saúde mental, mas ocasionam uma reinserção social e econômica das pessoas que antes eram excluídas da sociedade (BATISTA, 2014).

Os movimentos de RP evidenciam, em maior ou menor grau, um processo que atua em diferentes dimensões da realidade social e política de um país, mas também produz efeitos nas vidas das pessoas, desencadeando movimentos de liberação de situações de opressão e confinamento, produzindo experiências de autonomização e reinserção social e estimulando transformações culturais em prol da aceitação da diferença e da construção

de um novo lugar social para a loucura. Em uma perspectiva econômica, elas podem confrontar interesses mercantilistas e privatistas, ligados à indústria da loucura, que lucra com o confinamento das pessoas, mas também atrelados à indústria farmacêutica, que lucra com a excessiva patologização e medicalização do sofrimento mental (NUNES, *et al*, 2019, p. 4490).

Pode-se dizer, portanto, que movimentos que reajam a tais avanços sociais e culturais podem-se dizer conservadores⁵, principalmente aqueles que se posicionam contrariamente pelas questões econômicas destacadas por Nunes, *et al* (2019), ao elencar os interesses do setor privado e da “indústria da loucura”, que lucra com o adoecimento, bem como o faz a indústria farmacêutica.

Com o aprofundamento dessa lógica capitalista, a realidade brasileira vem sofrendo desmonte nas políticas sociais. No que se refere à área de saúde mental, é perceptível que essa nova conjuntura está deixando os portadores de transtornos mentais desprovidos de meios de amparo social e de benefícios para o seu bem-estar tanto físico/mental como social (SOUTO MAIOR, *et al*, 2018, p. 5).

A autora Passos (2009) já havia denunciado o crescimento exponencial das casas de repouso e outros tipos de instituições privadas para tratamento e acolhimento de pessoas com transtornos mentais, todas estas da iniciativa privada, e com o intuito de lucrar com a atividade, após o esmorecimento dos hospitais psiquiátricos, e principalmente depois que o SUS atingiu o papel central no espectro da saúde mental brasileira, possibilitando um atendimento descentralizado e reduzindo as internações.

Considerando, então, as diversas tensões que a reforma psiquiátrica causa, não se pode dizer que as conquistas obtidas são definitivas, mas precisam estar sob constante vigilância para não haver retrocessos (NUNES, *et al*, 2019).

Torrenté (1995) fez um estudo para levantar quais os aspectos de insucesso da reforma culminaram na contrarreforma, chegando a sete aspectos, que seriam: 1) a mera desospitalização; 2) o excesso de burocracia; 3) a fragmentação da reforma; 4) influências neoliberais; 5) desorganização e descontinuidade ideológica; 6) homogeneização das práticas de saúde; 7) a volta da instituição total.

Nesse aspecto Torrenté (1995) demonstrou que para além da reação conservadora, houve falhas na reforma que deram azo às reações, que criticavam o movimento e não

⁵ E, por serem conservadores, se aproximam do ressentimento, no que dispõe Kehl (2020, p. 165): “O ressentimento deseja a ordem – por isso é compatível com o conservadorismo – contanto que possa beneficiar-se dela, nem que seja na condição de vítima”.

apoiavam as mudanças propostas.

Diante disso, analisando os preceitos de Torrenté (1995), e visualizando o conteúdo da contrarreforma no Brasil, Nunes, *et al* (2019, p. 4491) assim a definiram: “um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pelas RP”.

Complementarmente, Nunes, *et al*, (2019) detectaram que outro entrave à abrangência e efetividade da reforma foi a desigual distribuição das ações sobre o território nacional, fazendo com que algumas parcelas de espaço ficassem mais suscetíveis a violações, e, por isso, menos preparada estruturalmente, tecnicamente e culturalmente para as mudanças introduzidas desde o início da luta antimanicomial.

Nunes, *et al*, (2019) discutem como a ascensão do neoliberalismo desde a década de 1980 tem influenciado na resistência às propostas da reforma, que contraria interesses privados e gera autonomia a sujeitos sociais que sequer são considerados para esse modelo de sociedade.

O neoliberalismo, segundo Souto Maior *et al* (2018) é o que dá causa ao desmonte do Sistema de Saúde, desvalorizando os serviços públicos e mercantilizando as relações de cuidado.

Em diversos momentos houve desafios e entraves aos objetivos da luta antimanicomial, e Nunes, *et. al.* (2019, p. 4492) alertam que em 2010 o relatório da 4ª Conferência Nacional da Saúde Mental Intersetorial traz: “uma fotografia desse cenário de disputas, com especial atenção para as ‘exigências corporativistas’, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica”.

Passos (2017) indica a origem do arroubo da contrarreforma na crise política no que tange a saúde mental desde que o último coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde reconhecidamente antimanicomial, Roberto Tykanori Kinoshita, foi substituído por Valencius Wurch, assumidamente contra a luta antimanicomial, em 2015.

Não obstante, ainda no período de gestão do coordenador Roberto Tykanori, em 2013, houve denúncias quanto às interpretações equivocadas da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria 3088/2011, permitindo que a rede substitutiva incluísse instituições religiosas e manicomiais, que cometiam severos abusos, internações compulsórias, dentre outras práticas que iam de encontro as diretrizes do próprio RAPS.

Desta forma, desde o nascedouro a reforma apresentou resistência no Brasil, mas o momento mais crítico se deu a partir de 2016, quando se deu início a um desmantelamento do SUS, precarizando a saúde pública e dificultando as políticas públicas destinadas à saúde das populações vulneráveis (DELGADO, 2019).

Os caminhos de avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica são ameaçados constantemente pelo contexto da ofensiva neoliberal que tem sucateado os espaços da saúde pública e suprimido os direitos sociais e conquistas constitucionais. Com uma lógica de reatualização do conservadorismo como resposta de enfrentamento as tensões sociais decorrentes dessa ofensiva numa perspectiva de atender ao capital com a recusa do Estado social, defesa da sociedade com mercado livre e reservando ao Estado uma função coercitiva para aqueles que se contrapõem a dominância capitalista (SOUTO MAIOR, *et al*, 2018, p. 2).

Na perspectiva de Delgado (2019), este momento que o país atravessa é o primeiro em 35 anos em que se pode falar em regressão na área da saúde mental, que sob seu ponto de vista havia apenas evoluído e progredido desde a década de 1990, apesar dos arroubos e avanços neoliberais.

Os resultados da agenda neoliberal imediatamente impactam a saúde pública e indicadores de bem-estar e qualidade de vida: o desemprego no início de 2016 era cerca de 5,5%, e atingiu 12,5% no primeiro trimestre de Bolsonaro. É desnecessário recordar a vastíssima literatura que há mais de 100 anos correlaciona desemprego e sofrimento mental, atingindo paroxismos que alteram índices de suicídio (como recentemente na Grécia, alguns anos depois da crise de 2008) (DELGADO, 2019, p. 2).

O SUS tem uma resiliência e uma abrangência que o consagram como o garantidor do direito constitucional à saúde, no entanto, Delgado (2019) afirma que o sistema de saúde vem sofrendo medidas políticas que visam o seu enfraquecimento.

Ato contínuo, houve um acirramento e esmorecimento dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a partir da (re)adoção de uma postura hospitalocêntrica e nitidamente manicomial desde 2015 (PASSOS, 2017).

As medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016, no governo Temer, e aprofundadas nos primeiros meses do governo Bolsonaro, e seu impacto em alguns indicadores da política de saúde mental, permitem afirmar que está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica. Com todas as marchas e contramarchas de um processo complexo, que envolve gestão pública, mobilização social e mudança cultural, a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente

marchamos para trás (DELGADO, 2019, p. 3).

Souto Maior *et al* (2018) destacam que a prerrogativa da complementariedade do SUS pela iniciativa privada foi um dos aspectos que permitiu o crescimento do setor privado de saúde, que ameaça a soberania do sistema público, sobrepujando-o ao SUS.

No período de 2016 a 2019 Delgado (2019, p. 3) denunciou as seguintes medidas adotadas pelo governo: 1) modificação da Política Nacional de Atenção Básica, dispensando a obrigatoriedade de agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, gerando uma fragilização da atenção básica; 2) houve uma ampliação do financiamento de hospitais psiquiátricos, concedendo reajustes acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 4) O Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 5) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas (aquelas com fins religiosos e/ou manicomiais, sem aval científico); 6) enfatizou o papel dos hospitais psiquiátricos, reestabelecendo seu papel, já superado desde 2001; 7) houve recomendação da cessação de utilização da palavra “substitutivo” para qualquer atendimento de saúde mental, ainda que mude o modelo de atenção; 8) reestabeleceu o hospital-dia, que outrora era vinculado aos hospitais psiquiátricos, e sequer definiu a sua finalidade; 9) recriou o ambulatório de especialidade.

Tais medidas dificultaram os avanços das lutas antimanicomiais, que se antes intentavam a manutenção das conquistas, contemporaneamente precisam retomar aquilo que já haviam conquistado (SOUTO MAIOR *et al*, 2018).

Em fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde do governo Bolsonaro divulgou uma ‘Nota Técnica’ (NT) destinada a “esclarecer aspectos da nova política de saúde mental” (Brasil, 2019). Reafirmando a continuidade da gestão desde Temer, e assinada pelo mesmo coordenador, o documento apontou as mudanças realizadas na direção da política. Além da crítica genérica sobre a ‘ideologia’ presente na política de saúde mental (reproduzindo a retórica ideológica ‘anti-ideologia’ do governo Bolsonaro), substituída por uma visão ‘científica’, alguns pontos devem ser destacados, pois representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica: reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico; ênfase na internação de crianças e adolescentes; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e condenação das estratégias de redução de danos (DELGADO, 2019, p. 3).

A mencionada Nota Técnica, a saber, NT 11/2019 do Ministério da Saúde reinstaura

um quadro hospitalocêntrico, fortalecendo a categoria médica, centrada na psiquiatria, com utilização de tecnologias duras e técnicas e intervenções severas, que mitigam a autonomia das pessoas portadoras de transtorno mental.

Tal instrumento jurídico, já em sua introdução, aduz que a Política deve ser lastreada pelos entendimentos científicos mais recentes, referindo que as diretrizes anteriores tiram caráter eminentemente político.

Ademais, a Nota Técnica faz com que não haja mais distinção dos serviços substitutivos, incluindo as Comunidades Terapêuticas como parte do RAPS, a despeito da declaração de que os novos mandamentos seriam prioritariamente científicos.

Outro ponto crítico da Nota diz respeito à menção da insuficiência de leitos psiquiátricos para medidas de internação, medidas estas que haviam sido diminuídas desde os primórdios da reforma psiquiátrica, optando pela desospitalização.

Destacamos aqui três aspectos que evidenciam o que pode ser denominado como uma Contrarreforma Psiquiátrica: 1) as atuais mudanças impostas nas linhas de base da política nacional de saúde mental não respeitaram o fluxo histórico construído a partir do controle social, seja pelas conferências nacionais de saúde mental, seja pelos conselhos de saúde. Pelo contrário, o relatório da III CNSM chegou a datar a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil, meta nunca cumprida. Logo, a “nova política de saúde mental” desconsidera um dos pilares da reforma psiquiátrica que é exatamente a democratização e a participação social nas decisões. O próprio Conselho Nacional de Saúde aprova a “Recomendação Nº 001, de janeiro de 2018”, onde se manifesta pela revogação das portarias que estruturam a “nova política”³²; 2) a partir de 2017, a supostamente nova política de saúde mental introduz o hospital psiquiátrico, não mencionado como parte da RAPS na portaria 3.088/201133, como serviço reconhecido, contrariando o acúmulo histórico das reformas sanitária e psiquiátrica. Na apresentação da “nova política de saúde mental” no site do Ministério da Saúde³¹, pode-se ler que “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos”; 3) o MS, em articulação intersetorial com outros Ministérios (Justiça, Desenvolvimento Social), cria linhas de financiamento para custear serviços privados, como as chamadas “comunidades terapêuticas” (CT), que no Brasil se destinam às pessoas que usam drogas. À privatização do escasso recurso público soma-se a aposta no retorno do modelo manicomial, centrado no tratamento moral e no isolamento, que nos remete ao período das doutrinas psiquiátricas de Esquirol no século XIX (NUNES, et. al., 2019, p. 4493-4494).

Nunes *et al* (2019) destacam ainda que há novas formas de financeirização da saúde, que assemelham aos avanços mercantilistas da indústria da loucura, tal como no século XX, incentivando e facilitando economicamente, fiscalmente e politicamente o recrudescimento da política manicomial.

Assim, é preciso enfatizar a necessidade de interpretações e diretrizes jurídicas que gerem segurança jurídica, diante das inúmeras mudanças de caráter político, que fazem com que a cada gestão, se mude a diretriz de saúde mental (MAIOR SOUTO *et al*, 2018).

Nesse diapasão, frisa-se, ainda, a importância da continuidade das lutas sociais, a fim de denunciar as violações de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, que são acometidas por violências, confinamento e internações forçadas, ainda que estes tópicos estejam em discussão e denúncia há mais de 30 anos.

3 PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL: DA VULNERABILIDADE AO RECONHECIMENTO

*“Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz”
(Os Mutantes - Balada do Louco)*

Somente no século XIX, a loucura passou a ser considerada doença mental, período em que o discurso religioso deixou de ser o dominante (SPADINI; MELLO E SOUZA, 2006, p. 124). Aqueles que eram considerados loucos estavam destinados a perseguições na Antiguidade e na Idade Média, e somente com a psiquiatria que houve a inserção da pauta da loucura como objeto de estudo da ciência (VECHI, 2004).

Ao passo que, para a medicina, o transtorno mental permanece obscuro, o estigma sobre as pessoas com transtorno mental é incisivo, já que é comum que elas percam a cidadania, sofram preconceitos e sejam segregadas da sociedade (SPADINI; MELLO E SOUZA, 2006, p. 124). Desde o início da civilização, essa estigmatização restava presente. Tais indivíduos eram largados à própria sorte para morrer de fome ou por ataque de animais (RODRIGUES, 2001).

Segundo Goffman, estigma refere-se a um termo criado pelos gregos que corresponde a traços no corpo que indicavam algo de diferente ou de ruim sobre a moralidade de quem os possuíam. Os riscos eram feitos por meio de marcas por cortes ou queimaduras e anunciavam o escravo ou o delinquente que deveria ser evitado. O estigma, segundo o autor, possui consequências sociais, vez que o destaque sobre o estigmatizado, o segrega dos demais e aniquila qualquer possibilidade de exaltação de outras qualidades que ele possuía (2004, p. 5-7).

O estigma possui relação direta com a vulnerabilidade a que pessoas com transtornos estão expostas. Sendo assim, o presente capítulo tem a finalidade de proporcionar uma maior compreensão acerca da vulnerabilidade das pessoas acometidas de transtorno mental, partindo-se, primeiramente, do conceito de transtorno mental para promover a sua alusão à vulnerabilidade da pessoa com esse tipo de deficiência por meio do que disciplina a legislação e, por fim, levar à superação dela por meio da noção de reconhecimento de Axel Honneth.

3.1 TRANSTORNO MENTAL: CONCEITOS E INCONGRUÊNCIAS TERMINOLÓGICAS

Consoante dados da OMS (2001, p. XIV), de 20 a 25 por cento dos habitantes do planeta têm algum tipo de transtorno mental ou comportamental durante a vida. Quanto à realidade brasileira, 23 milhões de brasileiros, isto é, 12% da população, possuem sintomas de transtornos mentais (VINTE..., 2019, n. p.).

Anteriormente, utilizava-se o termo doença mental que hoje é considerado ultrapassado pelos documentos clínicos internacionais que tratam sobre as ditas doenças mentais. Nesse sentido, o CID (Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines)⁶ e o DSM (Diagnostic and Statistic Manual Disorders)⁷ decidiram pela terminologia transtorno mental (FREEMAN; PATHARE, 2005).

É certo que designações amplamente disseminadas, a exemplo de “loucos”, “doentes mentais”, “deficientes”, “pessoas portadoras de deficiência”, “pessoas com necessidades especiais” *etc.* são carregadas de estigmas e de um caráter pejorativo e degradante, de modo a acentuar a vulnerabilidade⁸ desses indivíduos, devendo, portanto, ser abandonadas (MACHADO *et al.*, 2019).

Schulman (2020) salienta que estes termos fortalece uma visão que enaltece a doença no lugar da pessoa e acarreta a sua marginalização e discriminação, além de promover correlações simplistas que em nada contribuem para o cerne do problema. Mesmo quando revestidos de intenção protetiva, terminam produzindo efeitos que limitam direitos e facilitam abusos.

Essa mudança conceitual e terminológica é de grande relevância, visto que além de redefinir o conjunto de beneficiários de direitos, demonstra a opção pelo paradigma dos direitos humanos, que enfatiza o papel da sociedade e do Poder Público na eliminação e na superação das barreiras existentes, para permitir a inclusão social das pessoas com deficiência, em condições de igualdade, princípio consagrado no caput do art. 5º da Constituição Federal.

6 Intenta classificar doenças e outros problemas de saúde. O último, formulado em 1994, foi o CID-10, apesar da OMS ter criado o CID-11 em 2018.

7 É uma catalogação de categorias que seleciona os transtornos mentais em tipos, por meio de critérios com características determinadas.

8 O estigma e a vulnerabilidade das pessoas acometidas de transtorno mental serão melhor abordados no tópico seguinte.

Nos termos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5 da American Psychiatric Association, transtorno mental é:

Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou aprovada culturalmente a um estressor ou perda comum, como a morte de um ente querido, não constitui transtorno mental. Desvios sociais de comportamento (p. ex., de natureza política, religiosa ou sexual) e conflitos que são basicamente referentes ao indivíduo e à sociedade não são transtornos mentais a menos que o desvio ou conflito seja o resultado de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito (2014, p. 69).

Apesar disso, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, não diferencia o termo transtorno de doença mental, uma vez que sua definição não é objeto do Direito, sendo apenas relevante a sua indicação em situações de incapacidades (BRASIL, 2015, n. p.). Por outro lado, a Lei n 10.216/2001 traz as garantias dos indivíduos com transtornos mentais e dá um novo direcionamento ao modelo assistencial de saúde mental (BRASIL, 2001, n. p.). As diretrizes devem ser visualizadas com cautela, principalmente quando o transtorno mental impossibilite a expressão de vontade, isto é, quando acabe suprimindo a autonomia e os exercícios de direitos por parte de quem em tese deveria proteger.

Outra construção terminológica relevante é a diferenciação existente entre deficiência mental e deficiência intelectual. A partir de 1975, foi aprovada pela ONU a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, que criou a própria definição de pessoa deficiente⁹: "qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais" (ONU, 1975, n. p.).

Pessoas com deficiência mental são aquelas cujo diagnóstico aponta para transtornos de saúde mental, a exemplo da bipolaridade, do autismo e da esquizofrenia. Pessoas com deficiência intelectual são aquelas que possuem dificuldades em sua percepção intelectual, levando-se em consideração o seu ambiente sociocultural, a exemplo das pessoas com Síndrome de Down (MACHADO, 2016, p. 55).

9 Com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2007), que é principal referência internacional no assunto, o termo mais indicado é pessoa com deficiência.

Não obstante, os manuais que catalogam a saúde mental entendem que o termo doença intelectual, anteriormente denominada de retardo mental, seria uma espécie dentro do gênero saúde mental. Pertencem ainda aos transtornos de neurodesenvolvimento¹⁰. O DMS-5 entende que o termo deficiência intelectual corresponde aos transtornos de desenvolvimento intelectual da CID-11 que são:

por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade. O atraso global do desenvolvimento, como o nome implica, é diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. Esse diagnóstico é utilizado para indivíduos que estão incapacitados de participar de avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados. A deficiência intelectual pode ser consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento, decorrente, por exemplo, de traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado (MANUAL..., 2014, p. 31).

As pessoas que possuem deficiência intelectual, ao contrário das que têm transtorno mental, não possuem alterações relacionadas a sua própria percepção de si (SASSAKI, 2005, p. 9-10). Os requisitos para a determinação da deficiência intelectual são:

- A. Déficit em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
- B. Déficit em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.
- C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento (MANUAL..., 2014, p. 33).

¹⁰ São um grupo de condições com início no período do desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Os déficits de desenvolvimento variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou no controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência (MANUAL..., 2014, p. 31).

Além dos sistemas de catalogação outrora citados, DSM e CID, há a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), que usa como requisito: “as limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos de idade” (LUCKASSON *et al*, 2002, p.8). Enfim, existe a CIF¹¹ que foi adotada pela OMS para como um outro classificador de transtornos mentais, apesar da terminologia usada ser deficiência mental, mesmo que aplicada a oscilações do desenvolvimento intelectual. Agrupa o modelo social e o modelo médico de deficiência, enfatizando os fatores ambientais e os fatores pessoais (CIF, 2004). Sobre um outro viés, a ONU prevê no relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/73/161), de 16 de julho de 2018, que tais classificações contribuem com a construção de estigmas e estereótipos, havendo a necessidade da construção de novas ferramentas internacionais:

É necessário repensar e rever as ferramentas internacionais relacionadas com a saúde e padrões que podem contribuir para aumentar o estigma e a patologização da deficiência. Ferramentas de diagnóstico e instrumentos de classificação, como o International Classificação de Doenças e Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais Distúrbios podem reforçar o estigma público e fazer com que as pessoas evitem procurar cuidados de saúde por medo de ser rotulado. Da mesma forma, métricas de saúde, como a qualidade de vida ajustada ano e o ano de vida ajustado por incapacidade, que são amplamente utilizados para estimar a longevidade e bem-estar relacionado à saúde e para orientar a alocação de recursos, são controverso para as implicações éticas dos pesos de deficiência e seu impacto sobre formulação de políticas¹² (ONU, 2018, p. 11).

11 Os seus objetivos específicos da CIF são: “proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades; permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo; proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde” (CIF, 2004, p. 9).

12 There is a need to rethink and review international health-related tools and standards that can contribute to further stigma and pathologization of disability. Diagnostic tools and classification instruments such as the International Classification of Diseases and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders can reinforce public stigma and cause people to avoid seeking health care for fear of being labelled.⁴⁵ Similarly, health metrics such as the quality-adjusted life year and the disability-adjusted life year, which are widely used to estimate longevity and health-related well-being and to guide the allocation of resources, are controversial for the ethical implications of the disability weights and their impact on policymaking.

Em conformidade a tais sistemas de categorização, o Direito brasileiro, no artigo 4º do Decreto 3.298/1999 (BRASIL, 1999, n.p.), definiu deficiência mental, que, no contexto atual, deveria ser nomeada de deficiência intelectual:

funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho; V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências.

Já o decreto 5.296 de 2004 (BRASIL, 2004, n.p.) define deficiência mental como:

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho;

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) não trouxe conceito específico de deficiência intelectual, contudo estabelece pessoa com deficiência no *caput* do seu artigo 2º como:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2015, n.p.)

Percebe-se que o conceito de deficiência trazido pela lei supracitada traz um novo modelo na avaliação da deficiência e de seus graus de comprometimento. Isso porque evoluiu-se de um modelo no qual se predominava a avaliação médica da deficiência, que se restringia à perícia médica através da respectiva aplicação de critérios técnicos e funcionais pelo profissional da medicina para definir o tipo de deficiência, para um novo modelo no qual tal avaliação é realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas, que em sinergia trabalham para alcançar um resultado através de fatores biológicos, psicológicos e sociais (MACHADO *et al*, 2019).

Dessa forma, além do quadro clínico, também é considerado o contexto social em que o indivíduo está inserido, uma vez que a deficiência resulta da interação entre os indivíduos que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e as barreiras, ou seja, os entraves, obstáculos, as atitudes ou os comportamentos que podem impedir ou dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (MACHADO *et al*, 2019, p. 34)

No texto do supracitado estatuto, há um olhar inclusivo e protecionista, de modo a garantir a proteção de todas as pessoas com deficiência intelectual, mental ou que tenham impedimentos a longo prazo, independentemente de diagnóstico psiquiátrico, necessitando apenas que tais dificuldades impeçam a atuação social plena (EXPÓSITO, 2019, p. 28). Segundo esse viés, a deficiência deixar de ser restrita à perspectiva médica, de modo a abranger o fracasso social de se construir um meio inclusivo para a pessoa vulnerável (MACHADO, 2016, p. 59- 60).

3.2 A VULNERABILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

A vulnerabilidade é um termo latino *vulnus*, que significa ferida, golpe, punição e infortúnio ou aflição (FEITO, 2007, p. 9). Nas línguas indo-europeias, provém do *welanos* que significa atacado por um mal ou frágil. A palavra *vulnerabilidade*, genericamente, está concatenada à doença, ao risco potencial de morte, à fraqueza muscular próprias de um grupo, classe ou coletividade (MARQUES; MIRAGEM, 2012, p. 189-190). Partindo-se dessa visão, a vulnerabilidade pode ser visualizada a partir da probabilidade de causar dano, da finitude e da condição mortal intrínseca a todos os seres humanos. Por ser um conceito complexo, abre margem para diferentes interpretações, sendo as duas principais dimensões: a antropológica e a social (FEITO, 2007, p. 7-9).

A vulnerabilidade antropológica refere-se à possibilidade de sofrer dolorosos danos de ordem física, emocional, ou moral, que é resultante de uma situação de maldade, de injustiça ou de depreciação, de modo que o dano pode afetar a identidade do indivíduo enquanto pessoa. Refere-se à condição de vítima do ser humano por estar sujeito à morte. Pode também ser compreendida como: “o poder de ser persuadido ou tentado, pode ser um receptor, ser transferível, não ser invencível, não ter controle absoluto da situação, estar do lado mais fraco numa relação de poder”. Relaciona-se ainda à dor, à fragilidade, à limitação, à finitude e à morte (FEITO, 2007, p. 9). Dentro desse conceito há o paradoxo da autonomia-vulnerabilidade de Ricoeur (2008) que se refere ao fato de que o ser humano buscar a sua

autonomia por ser vulnerável. A vulnerabilidade antropológica além de dar ênfase às fraquezas do homem, é também a constatação da vida como algo a ser construído.

A vulnerabilidade social refere-se à história do indivíduo em relação aos outros. Parte da concepção de espaços de vulnerabilidade, que são centros de convergência de riscos potenciais, que são criados em virtude da maior suscetibilidade do meio ou pelas circunstâncias de vida das pessoas que compõem as populações rotuladas como vulneráveis. Além disso, essa categoria decorre do pertencimento a grupo estabelecido, gênero, local, meio ambiente, conjuntura socioeconômica ou cultural (FEITO, 2007, p. 7-8; 11). As pessoas acometidas de transtorno mental podem tornar-se ainda mais vulneráveis caso tenham tais fatores associados, dentro de um espectro da interseccionalidade¹³.

Assim determina o relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/73/161), de 16 de julho de 2018:

As pessoas com deficiência têm as mesmas necessidades de saúde que qualquer outra pessoa, incluindo a necessidade de promoção da saúde, cuidados preventivos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Eles também podem ter necessidades de saúde específicas adicionais resultantes de suas deficiências e outros determinantes subjacentes da saúde, como pobreza, discriminação, violência e exclusão social. Enquanto algumas deficiências inevitavelmente progressão ao longo do tempo, ambientes físicos e sociais precários podem agravar condições ou exacerbar consequências secundárias de condições primárias¹⁴ (ONU, 2018, p. 11, grifo nosso).

Sob outra ótica, Re compreende que vulnerabilidade surge da ideia de vulnerabilidade ontológica, que é o atributo inerente ao ser humano que é fadado a lesões, aliada a especificidades sociais, que permitem pensar acerca de laços pessoais e violências. Outrossim, existe um grande elo desta vulnerabilidade às desigualdades sociais e econômicas existentes, além do ingresso às redes de proteção e às relações de poder criadas (2019, p. 315). Em virtude disso, parcelas da sociedade podem estar sujeitas à desassistência, em

13 “A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais da vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas” (COLLINS; BILGE, 2020, n.p.).

14 Persons with disabilities have the same health needs as everybody else, including the need for health promotion, preventive care, diagnosis, treatment and rehabilitation. They may also have additional specific health needs resulting from their impairments and other underlying determinants of health, such as poverty, discrimination, violence and social exclusion. While some impairments inevitably progress over time, poor physical and social environments can aggravate primary conditions or exacerbate secondary consequences of primary conditions.

virtude da desigual proteção promovida pelas políticas de governo que as destina ao escasso acesso aos direitos, às garantias, aos bens e aos serviços, o que as sujeita a efeitos materiais, sociais e psicológicos da exclusão (MARQUES; MIRAGEM, 2012).

A vulnerabilidade é um processo que coincide e se relaciona ao estigma. Nesse sentido, Maurício Requião visualiza a pessoa acometida de transtorno mental como:

É vulnerado, do ponto de vista da saúde, por conta do próprio transtorno mental; pela perspectiva social, por conta do estigma carregado por sua condição; e, até há pouco tempo, sob o enfoque da lei, por ser colocado como um cidadão de segunda classe, submetida sua vontade à de terceiro (2016, p. 124).

A estigmatização é um fenômeno próprio da reação social sobre a pessoa acometida com transtorno mental. Goffman (2004, p. 6) define estigma como um atributo visualizado como profundamente depreciativo pelo corpo social, que não só diferencia o indivíduo estigmatizado dos demais, como o reduz a uma pessoa estragada e diminuída, submetida a um grande efeito de descrédito, fraqueza e desvantagem. Refere-se à “situação de um indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 2004, p. 4).

Schulman (2020) considera que o estigma das pessoas acometidas de transtorno mentais, mais especificamente dos usuários de droga¹⁵, criou uma associação do usuário de drogas ao imaginário da criminalidade, o que inclina a sociedade a não tratar da questão no âmbito de saúde. O relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/HRC/40/54), de 11 de janeiro de 2019, expõe que:

O estigma muitas vezes está na raiz das várias formas de privação de liberdade vivenciadas por pessoas com deficiência. Na maioria dos países, eles são extremamente estigmatizados como resultado de equívocos generalizados. Por exemplo, há uma visão predominante de que algumas pessoas com deficiência são incapazes de viver na comunidade, pois precisam “atendimento especializado” prestado em instituições. Crenças culturais ou religiosas também podem alimentar estigma. A percepção de que as pessoas com deficiência estão possuídas por espíritos malignos, ou que deficiências são resultado de pecado ou feitiçaria, fazem as famílias sentirem medo e/ou vergonha, provocando a rejeição social e a segregação das pessoas com deficiência. Algumas pessoas também acreditam que as deficiências são contagiosas e, portanto, as pessoas com deficiência devem

15 A medicina considera o uso de substância psicotrópicas como uma enfermidade mental, portanto o usuário, a depender do caso concreto, pode ser um acometido de transtorno mental, como se verifica catalogado no CID-10 no item “F.19 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas”.

ser separado da sociedade¹⁶ (ONU, 2019, p. 7).

O citado autor relata que inclusive vários profissionais da saúde disseminam o estigma dos usuários de drogas, considerando estes últimos como perigosos, imorais e responsáveis pela própria condição, levando a crer que o transtorno é, na verdade, uma falha de caráter, reduzindo inclusive a qualidade do tratamento dos mesmos por possibilitar a confusão da terapêutica (tratamento) com a punição (castigo). Isso chega ao ponto de contribuir também para que possa ocorrer, a determinação de uma possível internação, mesmo quando esta não seja indispensável (SCHULMAN, 2020). Nesse sentido, o relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/73/161), de 16 de julho de 2018 aponta:

O estigma e os estereótipos são as principais barreiras ao acesso aos cuidados de saúde. Embora evidências provam o contrário, equívocos sobre a saúde de pessoas com deficiência levaram à suposição de que suas necessidades não podem ser atendidas por serviços de saúde, ou que não são bons candidatos para promoção da saúde e doenças prevenção. O estigma e os estereótipos também levam a atitudes negativas e hostis entre os provedores de serviço. [...]. Além disso, a vergonha e o estigma associados à deficiência impedem que as pessoas com deficiência e suas famílias de procurarem atendimento médico ou reabilitação¹⁷ (ONU, 2018, p. 11).

Tratando-se do indivíduo internado em instituições totais¹⁸, a sua vulnerabilidade está

16 Stigma often lies at the root of the various forms of deprivation of liberty experienced by persons with disabilities. In most countries, they are extremely stigmatized as a result of widespread misconceptions. For example, there is a predominant view that some persons with disabilities are unable to live in the community, as they need “specialized care” provided in institutions. Cultural or religious beliefs may also feed stigma. The perception that persons with disabilities are possessed by evil spirits, or that impairments are the result of sin or witchcraft, make families feel fearful and/or ashamed, prompting the social rejection and segregation of persons with disabilities. Some people also believe that impairments are contagious and therefore persons with disabilities should be separated from society.

17 Stigma and stereotypes are major barriers to accessing health care. Although evidence proves otherwise, misconceptions about the health of persons with disabilities have led to the assumption that their needs cannot be addressed by primary health services, or that they are not good candidates for health promotion and disease prevention. Stigma and stereotypes also lead to negative and hostile attitudes among service providers. For example, they play a significant role in limiting the sexual and reproductive health and rights of girls and young women with disabilities (see A/72/133). Furthermore, shame and stigma associated with disability prevent persons with disabilities and their families from seeking medical attention or rehabilitation.

18 Segundo Goffman (2019, p. 16-17) “as instituições totais de nossa sociedade podem ser, grosso modo, enumeradas em cinco agrupamentos. Em primeiro lugar, há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora

ainda inerente ao processo de institucionalização, cujas características impedem a interação social do internado com o mundo exterior, já que a vida dele acontece num mesmo espaço e sobre a mesma autoridade e todos os aspectos da vida do internado e todas as suas atividades são estritamente programadas e acontecem em conjunto. Desse modo, é definido um regime de vida artificial ao qual este indivíduo está submetido e substitui a vida anterior à sua internação (ESPÍ, 2003, p. 403).

As instituições totais se caracterizam por sistemas de mortificação. A mortificação ocorre por meio da separação como o exterior e por meio de um processo de desfiguração e contaminação do eu, de modo a serem criadas novas crenças do sujeito internado sobre si mesmo, vejamos:

O indivíduo estigmatizado tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que nós temos; isso é um fato central. Seus sentimentos mais profundos sobre o que ele é podem confundir a sua sensação de ser uma "pessoa normal". [...]. Os padrões que ele intimamente incorporou da sociedade maior tornam-no suscetível ao que os outros veem como seu defeito, levando-o inevitavelmente, mesmo que em alguns poucos momentos, a concordar que, na verdade, ele ficou abaixo do que realmente deveria ser: A vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como um não-portador dele. A presença próxima de normais provavelmente reforçará a revisão entre auto exigências e ego, mas na verdade o auto ódio e a autodepreciação podem ocorrer quando somente ele e um espelho estão frente a frente (GOFFMAN, 2004, p. 9-10).

Kaufmann (1979) entende que as consequências mais evidentes da institucionalização são: a falsa atitude de adaptação, a dependência do estabelecimento de múltiplos poderes e forças, e a perda de realidade e de contato externo. Tais fenômenos são descritos no processo de desculturação, observado por Baratta:

de maneira não-intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra e campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias de empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros. Esta classificação de instituições totais não é clara ou exaustiva, nem tem uso analítico imediato, mas dá uma definição puramente denotativa da categoria como um ponto de partida concreto”.

A desculturação é o desajustamento às condições necessárias à vida em liberdade (diminuição da força volitiva, perda do sentido de responsabilidade do ponto de vista económico e social), a incapacidade a apreensão da realidade do mundo externo e a formação de uma imagem ilusória dele, o progressivo distanciamento dos valores e modelos comportamentais da sociedade externa. O outro ponto de vista, oposto, mas complementar, é o da aculturação ou da prisão. Neste caso, assumem-se as atitudes, modelos de comportamento e valores característicos da subcultura prisional (BARATTA, 1986, p. 194-195, tradução nossa).¹⁹

Goffman (1970, p. 70-74) explana que há quatro tipos de adaptação das condições de vida nas instituições totais. A primeira é a regressão situacional (evasão psicológica ante a situação). A segunda é a intransigência (dificuldade e negação de colaborar com a instituição). A terceira é a colonização (o internado pode fazer atos para evitar seu egresso à sociedade). A quarta e última é a conversão (quando o internado aceita a instituição e os seus propósitos, sendo um aliado dela).

Em relação aos efeitos psicossociais enfrentados, pode-se citar: alterações na sexualidade, ausência de controle da própria vida, estado permanente de ansiedade, ausência de perspectivas de futuro, ausência de responsabilização, perda de vínculos, alterações da afetividade (ESPÍ, 2003).

3.2.1 Aspectos legais acerca da vulnerabilidade das pessoas acometidas de transtorno mental

No Direito brasileiro, a vulnerabilidade auferiu evidência somente a partir da Constituição Federal de 1988. Antes disso, a doutrina, relacionou a proteção das pessoas com deficiência com a eficácia e efetividade da Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948. Em 1971, foi aprovada a Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas. Nela, evidencia-se restrição à eficácia vinculativa da vontade definida pela decretação de incapacidade, como aponta o seu artigo 17 (MARQUES; MIRAGEM, 2012, p. 163):

"Sempre que pessoas mentalmente retardadas forem incapazes devido à gravidade de sua deficiência de exercer todos os seus direitos de um modo significativo ou que se torne necessário restringir ou denegar alguns ou todos

19 Ante todo, el de la desculturización, esto es, la desadaptación a las condiciones que son necesarias para la vida en libertad (disminución de la fuerza volitiva, pérdida del sentido de autorresponsabilidad desde el punto de vista económico y social), la incapacidad para aprehender la realidad del mundo externo y la formación de una imagen ilusoria de él, el alejamiento progresivo de los valores y modelos de comportamiento propios de la sociedad exterior. El otro punto de vista, opuesto pero complementario, es el de la culturización o prisionización. En este caso se asumen las actitudes, los modelos de comportamiento y valores característicos de la subcultura carcelaria.

estes direitos, o procedimento usado para tal restrição ou denegação de direitos deve conter salvaguardas legais adequadas contra qualquer forma de abuso. Este procedimento deve ser baseado em uma avaliação da capacidade social da pessoa mentalmente retardada, por parte de especialistas e deve ser submetido à revisão periódicas e ao direito de apelo a autoridades superiores”.

Internamente, a Lei 7.853/1989 deu início a uma Política Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência, permitindo a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, além de propor a intervenção obrigatória do Ministério Público nos processos a elas relacionados que façam menção as suas deficiências (MARQUES; MIRAGEM, 2012, p. 164).

A partir da Constituição Federal de 1988, houve a constitucionalização dos direitos, que reverberou numa maior garantia a grupos que, historicamente, suportaram um eminente processo de exclusão social e de desprezo aos direitos fundamentais (CARVALHO *et al*, 2021). Segundo Marques e Miragem:

Com a Constituição de 1988, em vários de seus dispositivos observa-se a preocupação com a proteção das pessoas com deficiência. É o caso do art. 7º. XXXI, que veda a discriminação no acesso ao trabalho; do art. 23, 11, que estabelece a competência comum da União, dos Estados e do Distrito Federal para cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência do art. 24, IV, que estabelece a competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal para proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência, do art. 37. VIII, que estabelece a reserva de vagas no provimento por concurso de cargos e empregos públicos; do art. 203, IV, que fica dentre os objetivos da assistência social "a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, o art. 208, III, que assegura "atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino", com o art. 227 §1º, II, que relaciona dentre os deveres do Estado em relação à criança e ao adolescente, a "criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos (MARQUES; MIRAGEM, 2012, p. 164).

Há determinados grupos, dentro das populações de vulneráveis, que podem estar ainda mais vulneráveis, são os chamados hipervulneráveis, dentre eles estão as pessoas com deficiência. Historicamente, a deficiência está relacionada a uma conjuntura de desvantagem. Trata de uma condição de desequilíbrio, que somente é plausível numa comparação da pessoa

com deficiência com os demais membros da sociedade (FERNANDES; DENARI, 2017, p. 79).

O prefixo *hiper* tem o sentido de aumento, agravamento, aquilo que é além do ordinário ou além do comum, possibilitando a proteção dos ainda mais vulneráveis. A hipervulnerabilidade é uma categoria oriunda do Direito do Consumidor. Consoante Marques e Miragem: “há uma presunção de vulnerabilidade dos consumidores, pessoas físicas e nas situações de vulnerabilidade potencializada, em especial ou agravada de alguns consumidores, a chamada hipervulnerabilidade” (2012, p. 184). A concepção de hipervulnerabilidade assevera a deficiência da categoria de vulneráveis, isto é, destaca a demanda de uma maior proteção legal a grupos sociais específicos (CARVALHO *et al*, 2021).

A constatação da vulnerabilidade das pessoas com deficiência é resultante da grande transformação que se visualiza no Direito privado brasileiro. Analisando-se o Código Civil de 1916, a proteção legal estava presa a uma declaração de incapacidade absoluta da pessoa e a decorrente designação de um curador. Já o Código Civil de 2002 diferenciou as situações de incapacidade absoluta (por enfermidade ou deficiência mental e daqueles que mesmo por causa transitória, não conseguem expressar sua vontade) daqueles outros que tinham incapacidade relativa (ébrio habituais, os viciados em tóxicos e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido, ou não tenham o desenvolvimento mental completo) Em razão disso, critérios relacionados à diferença e à vulnerabilidade pessoal e social desses indivíduos deve passar por uma análise detalhada, principalmente se forem considerados os distintos graus de interação e desenvolvimento pessoal (MARQUES; MIRAGEM, 2012, p. 162-163).

A Convenção de Nova York de 2007 também traz uma nova perspectiva ao promover a liberdade e autonomia das pessoas com deficiência, impedindo que aquela seja suprimida sob um disfarce de proteção. Schulman (2020) defende que a referida convenção não ignora a vulnerabilidade mas, pelo contrário, promove uma perspectiva emancipatória, que visa a liberdade dessas pessoas o máximo possível e apenas a limita quando estritamente necessário e indispensável à proteção de valores fundamentais.

Com a Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), a situação dos absolutamente incapazes foi alterada. Conforme o artigo 4º do Código Civil, são relativamente incapazes os maiores de 16 e menores de 18 anos; os ébrio habituais; os viciados em tóxicos; os pródigos e os que não possam exprimir sua vontade. Portanto, figura-

se como absolutamente incapazes somente os menores de 16 anos (BRASIL, 2015).

Como contraponto, ressalte-se que parte da doutrina não enxerga tal alteração como totalmente benéfica às pessoas com deficiência. Para ela, houve a supressão de todo um sistema de proteção das pessoas sob condições especiais, ou seja, aquelas que não puderem exprimir sua vontade, sob a justificativa de igualdade plena dos deficientes com as demais pessoas. Defende que o propósito era tentar obedecer a igualdade plena dos deficientes com as demais pessoas, conforme disciplina a Convenção de Nova York, contudo, a contrariou, uma vez que sendo fonte de direitos fundamentais, não pode admitir tal retrocesso (FRANCISCO, 2020, p. 83). Por esse raciocínio, a vulnerabilidade a que estão sujeitos permanece e até é agravada, principalmente se considerarmos pessoas com deficiências mentais e intelectuais.

Nessa perspectiva, entende que o Estatuto (BRASIL, 2015), ao excluir a possibilidade de a pessoa com deficiência ser considerada absolutamente incapaz, não contribuiu para promover a igualdade material a tal grupo, que somente é alcançada com o tratamento desigual aos desiguais (FRANCISCO, 2020). Segundo Ferrajolli (2004, p. 75), o modelo de homologação jurídica da diferença aponta como esta se dá a partir de desvalorizações que ignoram as diferenças existentes em nome de uma afirmação abstrata de igualdade.

Apesar disso, no tocante ao instituto da internação involuntária, (SCHULMAN, 2020) ressalta que o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) trouxe novo lume ao destacar a vontade do indivíduo internado. Desse modo, permitiu, sobre um outro vértice, que a igualdade material possa ser alcançada no caso concreto, como será melhor debatido no capítulo 4.

Nesse sentido, Aran (2002) prevê a importância de reforçar mecanismos legais que promovam a equidade material. Um enfoque que priorize a atenção às diversidades vigentes. A diversidade remete às condições dos sujeitos de serem díspares. A diferença não é só uma demonstração da individualidade de cada ser; em grande parte dos casos, é a expressão de poder ou a probabilidade de acessar bens sociais, econômicos e culturais. Nesse sentido, Maria Cecília Cury Chaddad entende que:

Em vista da diferença existente entre os seres humanos, com suas peculiaridades, particularidades e especificidades, o direito deve ultrapassar a análise das normas com base no 'homem genérico', passando a considerar o 'homem específico', tutelar especialmente os direitos de categorias vulneráveis, conferindo ao seu intérprete mecanismos para a concretização do direito à igualdade, com a necessária consideração das diferenças para

que isso seja possível (CHADDAD, 2013, p. 59)

É preciso evidenciar, ainda, que a vulnerabilidade não é resultante da diminuição de autonomia, todavia o contrário é verdadeiro, ou seja, o indivíduo com a autonomia diminuída é vulnerável. Maurício Requião (2016, p. 121) entende que: "Acredita-se que a falta ou diminuição de autonomia é fator de extrema relevância para a caracterização do sujeito enquanto vulnerado". Maria Carolina Guimarães e Sylvia Caiuby Novaes (S. d.) entendem que a autonomia (ou a diminuição dela) seria individual, enquanto que a vulnerabilidade seria consequência uma histórica relação entre grupos, cuja diferença entre eles torna-se desigualdade. Portanto, a limitação de autonomia é transitória, uma vez que a suspensão da vulnerabilidade intenta ultrapassar as dificuldades que as pessoas tiveram nos âmbitos social, político, educacional ou econômico.

3.3 A SUPERAÇÃO DA VULNERABILIDADE ATRAVÉS DA NOÇÃO DE RECONHECIMENTO DE AXEL HONNETH

A Teoria do Reconhecimento estuda sob uma nova perspectiva os grupos vulneráveis, ou seja, aqueles que, como já dito, acabam por ser excluídos da sociedade em razão de suas condições. O coletivo de pessoas chamadas de pessoas acometidas de transtorno a pode ser abarcado por tal teoria, muito menos por possuírem uma característica física ou psíquica em comum e que se diferencia dos demais, mas principalmente pelo fato das experiências idênticas que eles compartilham (BRAGA; SCHUMACHER, 2013).

O Reconhecimento é uma teoria aprofundada por diversos autores que busca apresentar uma nova percepção sobre as sociedades atuais e as interações entre seus componentes. Charles Taylor, Nancy Fraser e Axel Honneth são os principais expoentes desta teoria e, ainda que possuam diferentes visões, são determinantes para o entendimento do multiculturalismo nas sociedades modernas bem como as políticas públicas inclusivas (MATTOS, 2004).

Taylor (1994) ressalta a relevância do significado de reconhecimento para entender os embates e as necessidades da atualidade, a exemplo de: combates culturais e religiosos, lutas feministas, movimentos nacionalistas, dentre outros. Compreende que a identidade é construída pelo reconhecimento ou pelo reconhecimento errado, também chamado de *misrecognition*, que é aquele que é sustentado pelas outras pessoas. Logo, uma pessoa pode

estar sujeita a um dano real (uma distorção real), caso os outros a sua volta tenham uma imagem restrita, humilhante ou desprezível de si. Portanto, o bom reconhecimento torna-se uma necessidade vital do homem.

Em outro olhar, Fraser (1997) sugere uma ideia de justiça que some o reconhecimento e a distribuição. Assim, resta claro a adição do fator econômico nos debates pela luta do reconhecimento, ao realocar o campo da economia na criação de conflitos emancipatórios, em prol da relevância de uma esfera de produção na formação de uma sociedade mais justa.

Axel Honneth, por sua vez, expõe o conceito de reconhecimento que já supre a necessidade por redistribuição econômica. Ressalte-se que o reconhecimento como autorreconhecimento (estima) presente na obra de Honneth e o reconhecimento como *status*, de Fraser, não são eliminatórios, uma vez que têm interseções que se integram (PINTO, 2008, p. 36). Para Honneth, é importante encontrar as formas morais de sofrimento e de privação para então afirmar que os conflitos contemporâneos são lutas por reconhecimento. Estas lutas têm o propósito de promover progressos normativos sociais. Destarte, considera que o reconhecimento pode ser alcançado pelo amor, pelo Direito e pela solidariedade (2003, p. 227). Portanto, o ultraje ao reconhecimento é o desrespeito que é a síntese da violação, da privação de direitos e da degradação, respectivamente (VALENTE; DE CAUX, 2010).

O amor possibilita que o sujeito possua uma confiança para se autorrealizar na esfera pessoal (VALENTE; DE CAUX, 2010). A subjetividade e a imagem cognitiva que um indivíduo possui de si relaciona-se ao reconhecimento intersubjetivo, operante nas pessoas que se expõem às etapas do convívio social (MEAD, 1962). O desrespeito nas relações afetivas familiares decorre num atentado ao desenvolvimento pleno da personalidade. Logo, o amor está presente numa relação familiar almejada (POLI, 2018). Contudo, o amor não é capaz de levar conflitos sociais ao passo que o Direito e a estima conseguem.

O não-reconhecimento do sujeito de direito acarreta a privação de direitos. O Direito serve para que o indivíduo seja visualizado enquanto autônomo e moralmente imputável, de modo a existir uma relação de autorrespeito (VALENTE; DE CAUX, 2010). Assim, o Direito seria inerente a uma sociedade democratizada (POLI, 2018).

Ao mesmo tempo que o rebaixamento e a humilhação atuam o processo identitário do indivíduo, ao impedirem que seu desenvolvimento seja completo, criam a base de lutas por reconhecimento (ARAUJO NETO, 2013, p. 57-58). Ressalte-se que a identidade é processual,

ambivalente, dinâmica, fluida, inacabável, imponderada. Sua qualidade transitória existe por causa das vivências sociais, que permitem formulações e reformulações inerentes às hierarquias dos processos sociais (ENNES; MARCON, 2014, p. 276 -277). As dificuldades podem resultar em indignação e sentimentos negativos. Estes podem transmutar para um viés positivo, de modo a promover conflitos reivindicatórios e visando o cumprimento demandas e expectativas:

Toda reação emocional negativa que vai de par com a experiência de um desrespeito de pretensões de reconhecimento contém novamente em si a possibilidade de que a injustiça infligida ao sujeito se lhe revele em termos cognitivos e se torne o motivo da resistência política (HONNETH, 2003, p. 224).

Na tentativa de combater e superar a essas formas de não-reconhecimento são desenvolvidos os conflitos sociais (VALENTE; DE CAUX, 2010). As lutas referem-se a um processo prático que requer relações embasadas de reconhecimento, na medida em que vivências pessoais de desrespeito são entendidas como experiências de um grupo inteiro (HONNETH, 2003, p. 257). Essas lutas inclusive repercutem no Direito, que numa visão conservadora serve para manter o *status quo* e que patologiza determinados comportamentos que se distanciam de um modelo dado (SCHULMAN, 2020).

Por fim, o ultraje à solidariedade também resulta na degradação. O indivíduo pode sofrer uma rejeição gradativa que é consequência de suas escolhas ou de seus comportamentos são diferentes das normas sociais vigentes tornando-se marginalizado e invisível. Assim, não há reconhecimento de suas capacidades, valores e comportamentos (POLI, 2018). Há também aqueles que são estigmatizados, a exemplo das pessoas com deficiência mental. As repercussões mais comuns são:

O aumento do grau de dependência, devido ao amplo controle comportamental, bem como deslocamento do *locus de controle* para o pólo externo; uma desvalorização da autoimagem e diminuição da autoestima; o aumento dos níveis de dogmatismo e autoritarismo, que se traduziriam em sua maior adesão aos valores prisionais; aumento do nível de ansiedade; e os efeitos no comportamento subsequente em termos de tendência à reincidência (ESPÍ, 2003, p. 399, tradução nossa)²⁰.

20 un aumento del grado de dependencia, debido al amplio control conductual, así como un desplazamiento del locus de control hacia el polo externo; una devaluación de la propia imagen y disminución de la autoestima; el aumento de los niveles de dogmatismo y autoritarismo, que se traduciría en su mayor adhesión a valores carcelarios; el aumento del nivel de ansiedad; y los efectos en la conducta posterior en términos de tendencia a la reincidencia.

A análise das teorias do reconhecimento é fundamental para explicar os movimentos, as lutas sociais, os processos intersubjetivos aptos para utilizar as potencialidades individuais e impulsionar novas situações jurídicas. A luta por reconhecimento destina-se à necessidade de as pessoas satisfazerem suas aspirações, sonhos e projetos pessoais. Nesse sentido, o Estado Democrático de Direito deve impulsionar as individualidades e as alteridades a partir da disponibilidade de oportunidades iguais e de garantias de direitos sem quaisquer discriminações. Assim, todas as pessoas devem ter o poder, a liberdade e a possibilidade de reivindicar o reconhecimento, ressaltando a necessidade de um sistema jurídico democrático e dinâmico (POLI, 2018).

Destaca-se que os grupos sociais de vulneráveis, buscam serem vistos na sociedade como cidadãos iguais aos demais, alcançar a realização pessoal e emocional, bem como conseguir os aparatos que propiciem condições dignas para as suas existências e, finalmente, ter voz nas esferas de decisões políticas (FARIA, 2011). Em outras palavras, o que se almeja é viver sob o reconhecimento da sociedade e não do assentimento dela, logo, a pessoa conscientemente promove o seu próprio projeto de vida, tendo controle de suas decisões e das consequências que elas gerem na comunidade (FIGUEIREDO NETO, 2013).

Pode-se dizer, inclusive, que o Estatuto da Pessoa com deficiência é um dos mecanismos do Estado Brasileiro para garantir o reconhecimento das pessoas que sofrem de limitações físicas e mentais, ao garantir o poder de ser e de agir para estes, cuja autonomia e liberdade podem ser reduzidas ou extirpadas por qualquer tipo de barreira²¹ (POLI, 2018).

As experiências morais dos indivíduos que estão num processo de repulsa ao reconhecimento, mostra como o conflito atua como uma luta por reconhecimento por ter uma configuração moral (HONNETH, 2003, p. 253-268). Segundo a concepção do autor, sentimentos morais podem acarretar um processo de mobilização política, movimentos

21 O art. 3º, IV da Lei 13.136/15 dispõe que: “IV - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros[...]” (BRASIL, 2015). Sobre o tema, MACHADO *et al* (2019, p. 40) ressalta que “Deve-se atentar, também, para o fato de que o EPD explora, no significado de “barreiras”, não apenas aquelas físicas, mas também sociais, como é o caso de certas atitudes e comportamentos. Assim, ao estabelecer, no art. 2º, deste mesmo dispositivo normativo, o conceito de pessoa com deficiência e se referir à interação com barreiras que limitam a sua plena e efetiva participação em sociedade, deve-se entender que essas barreiras podem ser tanto físicas como decorrer de uma atitude, como é o caso do preconceito muitas vezes praticado em relação às pessoas com deficiência, que leva muitos a acreditarem que estas são incapazes, quando, na realidade, apresentam uma grande capacidade de compreender, de se fazer compreender e de tomar suas próprias decisões.”

coletivos e lutas sociais. Portanto, o dinamismo social do reconhecimento segue a linha: desrespeito, luta por reconhecimento e mudança social (WERLE; MELO, 2008).

A teoria do reconhecimento pode propiciar políticas públicas voltadas a possibilitar o processo do reconhecimento intersubjetivo, especialmente relacionando-se ao multiculturalismo, à cidadania, aos direitos humanos, ao desrespeito às diferenças culturais, de gênero, de orientação sexual e de raça (POLI, 2018). Nesse sentido, os operadores do Direito devem observar, constantemente, os fatos sociais quando promoverem os direitos no Estado Democrático de Direito.

O reconhecimento do Direito, na perspectiva de Honneth, visa permitir uma existência digna ao sujeito ou aos grupos, uma vez que possibilita as demandas por reconhecimento, num viés moral, agem por meio do reconhecimento legal no plano fático. Assim, o Direito pode construir condições para a promoção do autorrespeito que se consolida com a universalização dos direitos e a efetivação das normas jurídicas (WERLE, 2004, p. 124).

Ademais ao se utilizar a teoria do reconhecimento no mundo jurídico, propicia a ampliação das fontes do direito, visto que este passa a ser compreendido como uma entidade aberta e dinâmica que rotineiramente se desenvolve e se revigora por normas, valores e princípios que se resultam da relação dialética entre as instituições e a experiência problemática imposta pela realidade social (POLI, 2018). Neste sentido leciona COELHO (2003, p. 402):

O direito não forma um sistema fechado e coerente, ele está cheio de normas contraditórias, sob a forma de regras ilegais, inconstitucionais, mas eficazes porque são impostas pela autoridade.

Inclusive esse é o caso do objeto de estudo desse trabalho, qual seja, a internação involuntária de pessoas acometidas de transtorno mental, visto que é norma posta, positivada no inciso II do parágrafo único do artigo 6º da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), mas como será demonstrado no capítulo seguinte, se trata de uma norma inconstitucional e que não se acomoda a Convenções Internacionais sobre o tema e ainda assim é utilizada de fato no nosso país.

O conflito, por ser volátil, possibilita que o meio social, ao construí-lo ou adaptá-lo, garanta a inclusão social ao visualizar a dignidade humana dos grupos vulneráveis. Destarte, o reconhecimento proposto por Honneth pode promover alterações metodológicas na percepção

social e das instituições (POLI, 2018).

O reconhecimento dessas pessoas é uma forte arma na luta antimanicomial e, mais especificamente, no entendimento da inconstitucionalidade da norma que prevê a internação involuntária visto que tal instituto, além de ser fundamental para um pluralismo saudável, exige o respeito a todos que compõe determinada comunidade de forma que todos se considerem como pessoas de iguais direitos (POLI, 2018).

A luta por reconhecimento retrata a demanda dos indivíduos de procurarem espaços de valorização de seus anseios, projetos e objetivos, ocupando assim os espaços de vulnerabilidade, superando-os.

4 A INTERNAÇÃO DE PESSOAS SEM O SEU CONSENTIMENTO: UMA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS

Don't make me live in asylum

I live alive

Don't want to live in asylum

I live a lie

Don't make me live in asylum

I am a lie

(Disturbed - Asylum)

Como visto, a história da humanidade, notadamente quanto aos indivíduos em situação de vulnerabilidade, a exemplo das pessoas acometidas de transtorno mental, é carregada de exemplos de arbitrariedades, discriminações e intolerâncias. Diante disso, foi necessário buscar a proteção e o respeito à dignidade da pessoa humana destinada a esse grupo através do apoio de movimentos políticos e sociais que abraçassem a causa e lhes dessem voz, culminando eventualmente na positivação dessa proteção em diversas legislações, inclusive Declarações e Pactos Internacionais correlatos ao tema.

Assim, faz-se necessário analisar a posição hierárquico-normativa dos tratados internacionais de direitos humanos no nosso ordenamento jurídico, visto que tal posição muda a depender da matéria do tratado e do procedimento de aprovação do mesmo.

O desenvolvimento da sociedade permitiu tornar a convivência entre os homens mais difícil e complexa. Os avanços na tecnologia, as alterações do processo político e o aparecimento de novos valores. Estes influenciam e influenciaram no advento de ordenamentos ratificados pela Constituição de 1988, que é visualizada como um instrumento de esperança e justiça, isto é, como uma Carta de uma sociedade aberta pluralista, democrática e tolerante (MENEZES, 2017, p. 26).

A Constituição de 1988 inaugurou, por meio da cláusula de abertura, prevista no artigo 5º, parágrafo 2º, novas possibilidades de tratamento com novas interpretações referentes aos direitos fundamentais que não estão tipificados na Constituição Federal, abraçando o conceito de bloco de constitucionalidade. Assim, o entendimento de direitos fundamentais como direitos presentes na Constituição deve ser compreendido de maneira

abrangente, para não restringir o seu rol direitos, que deveriam estar na categoria de fundamentais em razão do seu conteúdo e da sua importância (MENEZES, 2017, p. 26-27).

O posicionamento clássico do Supremo Tribunal Federal era de que os tratados internacionais possuíam status de Lei ordinária, conforme se vê do extrato da decisão abaixo:

Os tratados ou convenções internacionais, uma vez regularmente incorporados ao direito interno, situam-se, no sistema jurídico brasileiro, nos mesmos planos de validade, de eficácia e de autoridade em que se posicionam as leis ordinárias, havendo, em consequência, entre estas e os atos de direito internacional público, mera relação de paridade normativa (STF, 1997, n. p.).

Contudo, a Emenda Constitucional nº 45 de 2004 inseriu ao artigo 5º da Constituição Federal o §3º que dispõe: “Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais” (BRASIL, 1988, n. p.).

Após a alteração constitucional, o STF mudou o posicionamento de modo que os tratados internacionais que versam sobre direitos humanos não incorporados de acordo com o trâmite do § 3º o artigo 5º da Constituição possuem hierarquia supralegal e infraconstitucional, estando em um patamar hierarquicamente superior às demais normas.

Por fim, se determinado tratado internacional de direitos humanos for incorporado de acordo com o procedimento previsto no §3º do artigo 5º da Constituição Federal, o mesmo obterá status equivalente ao de Emenda Constitucional, ou seja, passa a ser considerado também como um Direito Fundamental em razão de sua positivação na Constituição Nacional.

Essa afirmação estreita a relação entre os Direitos Fundamentais, reconhecidos e positivados constitucionalmente pelos Estados, com os Direitos Humanos, positivados na seara do Direito Internacional, mesmo porque ambos são inter-relacionados, independentemente de suas positivações. Tal correlação é denominada pela doutrina como Direito Constitucional Internacional que, segundo Flávia Piovesan, significa:

Por Direito Constitucional Internacional, subentende-se aquele ramo do direito na qual se verifica a fusão e a interação entre o Direito Constitucional e o Direito Internacional. Esta interação assume um caráter especial quando estes dois campos do direito buscam resguardar um mesmo valor – o valor

da primazia da pessoa humana – concorrendo na mesma direção e sentido (PIOVESAN, 1997, p. 45).

No nosso país, o primeiro tratado internacional, que versa sobre direitos humanos e que foi aprovado pelo Congresso Nacional através do procedimento acima previsto, foi exatamente um dos objetos deste estudo, qual seja: a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York no dia 30 de março de 2007, e aprovado pelo Decreto Legislativo nº 186, de 10 de julho de 2008, dando origem ao Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009²².

A Convenção de Nova York de 2007 é recebida no ordenamento brasileiro como norma constitucional (na qualidade de emenda). Os direitos e garantias ali assegurados possuem hierarquia constitucional de direito fundamental. Ocorre que antes e além da referida Convenção, outros diplomas internacionais são importantes instrumentos de efetivação dos direitos e garantias das pessoas acometidas de transtorno mental.

Soares (2021) relembra que na própria Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) de 1948 da ONU, que foi aprovada visando estabelecer e manter a paz e o desenvolvimento mundial após os nefastos acontecimentos oriundos da 2ª Guerra Mundial e regulamenta o reconhecimento e proteção aos Direitos Humanos de todas as pessoas do mundo, também faz menção ao direito de liberdade e autonomia destas para lidar com questões da própria saúde, como se vê:

Artigo 3

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

[...]

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 (ONU, 1948).

Destes dispositivos, se extrai a ideia de que a saúde do ser humano compreende o completo bem-estar, seja físico ou mental, afastando a concepção de que a boa saúde se limita apenas à ausência de patologias (EXPÓSITO, 2019).

22 Um segundo diploma internacional também foi aprovado nos mesmos moldes: o Tratado de Marraqueche para Facilitar o Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, com Deficiência Visual ou com Outras Dificuldades para Ter Acesso ao Texto Impresso, assinado em 27 de junho de 2013, aprovado pelo Decreto legislativo nº 265/2015 e que originou o Decreto nº 9.522/2018.

Em decorrência da DUDH, em 16 de dezembro de 1966, a Assembleia Geral da ONU aprovou o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos que são dotados de caráter obrigatório e vinculante aos Estados signatários (PIOVESAN, 2016).

Esses tratados, em que pese indivisíveis e independentes, são harmoniosamente caracterizados pela primazia da tutela dos Direitos Humanos, promovendo a implementação, a promoção e a proteção de todos os direitos dispostos em ambos os pactos (PIOVESAN, 2016, p. 182).

Assim, resta evidente que, para se garantir o gozo de direitos civis e políticos, é necessária a proteção de direitos econômicos, sociais e culturais e vice-versa, como se vê no art. 12 do Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais:

ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
 - a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
 - b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
 - c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
 - d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (BRASIL, 1992a)

No continente americano, o Pacto de San José da Costa Rica, oriundo da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, celebrado em 22 de novembro de 1969, prevê, em seu artigo 5º, o direito à integridade física, psíquica e moral, garantindo ainda a liberdade e a dignidade de todas as pessoas:

ARTIGO 5

Direito à Integridade Pessoal

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

[...]

ARTIGO 7

Direito à Liberdade Pessoal

1. Toda pessoa tem direito à liberdade e à segurança pessoal.

2. Ninguém pode ser privado de sua liberdade física, salvo pelas causas e nas condições previamente fixadas pelas constituições políticas dos Estados-Partes ou pelas leis de acordo com elas promulgadas.
3. Ninguém pode ser submetido a detenção ou encarceramento arbitrários (BRASIL, 1992b).

Da leitura da referida convenção, se extrai que, a pessoa, cuja liberdade está restrita, detém da escolha acerca da realização e da continuação, ou não, de determinado tratamento. Inclusive em caso de internação involuntária, o que configuraria uma cristalina violação à sua liberdade individual e um desrespeito ao devido processo legal, como será abordado no tópico 4.2.

A Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos elaboraram a Declaração de Caracas durante a Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde. Tal instrumento foi extremamente importante para a mudança do tratamento psiquiátrico, que à época, era voltado para a internação hospitalar do paciente, e passou a adotar o modelo desinstitucionalizador, de modo a incluir a pessoa acometida de transtorno mental na sociedade, ao invés de segregá-la (FERREIRA, 2010). Vejamos:

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

[...]

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;

[...]

c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;

b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

[...]

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (OPAS, 1990).

O Brasil é signatário da Declaração de Caracas, razão pela qual todas as políticas públicas de saúde mental devem ser lastreadas pelo conteúdo da declaração. Tanto assim o é, que a implementação das políticas de promoção de saúde mental, junto à Atenção Básica nos Núcleos de Atenção de Saúde da Família, tornou-se um dos pilares do Programa de Saúde Mental (MARAZINA, 2011).

Destaca-se ainda que, no âmbito europeu, a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (1999, n.p.), assinada em 04 de abril de 1997 e que entrou em vigor internacionalmente em 01 de dezembro de 1999, tem como objetivo garantir, sem fazer qualquer distinção ou discriminação, à dignidade, à identidade e aos direitos fundamentais de todos os seres humanos no que concerne às aplicações da biologia e da medicina. Essa convenção estabelece que os processos terapêuticos devem ser de elevada qualidade, determinando a obrigatoriedade de observância de normas em qualquer intervenção na área de saúde e especialmente em seu artigo 2º que determina que “o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse único da sociedade ou da ciência”.

Em 17 de dezembro de 1991, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução 46/49 (ONU, 1991) que trata dos Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e Melhoria nos Cuidados de Saúde Mental e determina a proteção dos pacientes com transtornos mentais contra qualquer tipo de maus-tratos e tratamentos degradantes.

Tem-se que destacar ainda o papel de institutos privados que atuam na seara internacional e se dedicam ao tema da saúde mental, como por exemplo, a Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos, criada pela Igreja da Scientology e pelo Dr. Thomaz Szaz, com o objetivo de coibir práticas abusivas em face de pacientes mentais que eram tratados em locais inadequados e sem a menor observância dos seus direitos e de suas

garantias fundamentais. Essa Comissão ocupa, a nível mundial, um papel fiscalizador de práticas deletérias e, ao mesmo tempo, auxilia na criação e melhora de legislações sobre a proteção de pacientes (SOARES, 2021).

A referida Comissão criou a Declaração de Saúde Mental que articula princípios orientadores e padrões mínimos exigidos para extirpar as violações dos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos, a seguir:

- A. O direito ao consentimento informado completo, incluindo:
 - 1. O teste científico/médico confirmando todos os alegados diagnósticos de distúrbio psiquiátrico e o direito de refutar qualquer diagnóstico psiquiátrico de “doença” mental que não pode ser confirmado clinicamente.
 - 2. Divulgação completa de todos os riscos documentados de qualquer droga ou “tratamento” proposto.
 - 3. O direito de ser informado de todos os tratamentos médicos disponíveis, que não incluem a administração de um medicamento ou tratamento psiquiátricos.
 - 4. O direito de recusar qualquer tratamento que o paciente considere prejudicial.
- B. Não pode ser administrado a nenhuma pessoa tratamento psiquiátrico ou psicológico contra a sua vontade.
- C. A nenhuma pessoa, homem, mulher ou criança, pode ser negada a sua liberdade pessoal devido a suposta doença, mental sem um julgamento justo pela justiça e com representação legal apropriada.
- D. Nenhuma pessoa pode ser internada ou mantida numa instituição, hospital ou instalação psiquiátrica devido às suas crenças e práticas religiosas, políticas ou culturais.
- E. Qualquer paciente tem:
 - 1. O direito a ser tratado com dignidade como ser humano.
 - 2. O direito a conforto hospitalar sem distinção quanto a raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, origem social ou posição por direito de nascimento ou propriedade.
 - 3. O direito a ter um exame físico e clínico completo por um médico de medicina geral registado e competente de escolha pessoal, para assegurar que a condição mental de uma pessoa não é causada por qualquer doença física, ferimento ou defeito, não detectada e sem tratar e o direito a procurar uma segunda opinião médica da sua escolha.
 - 4. O direito a instalações médicas totalmente equipadas e pessoal médico treinado de forma apropriada nos hospitais, para que possam ser executados exames clínicos e físicos competentes.
 - 5. O direito a escolher o género ou tipo de terapia a ser utilizado e o direito a discutir isto com um médico de medicina geral, curador ou ministro de escolha pessoal.
 - 6. O direito a que todos os efeitos secundários de qualquer tratamento oferecido sejam tornados conhecidos e compreensíveis para o paciente, por escrito e na língua materna do paciente.
 - 7. O direito de aceitar ou recusar tratamento, mas em particular, o direito de recusar a esterilização, tratamento de electrochoque, choque de insulina, a lobotomia (ou qualquer outra operação cerebral psicocirúrgica), terapia de

aversão, narcoterapia, terapia de sono profundo e quaisquer drogas que produzem efeitos secundários indesejados.

8. O direito a fazer queixas oficiais, sem represálias, a um quadro independente, que é composto por pessoal não psiquiátrico, advogados e leigos. As queixas podem abranger quaisquer tratamentos ou punições tortuosos, cruéis, desumanos ou degradantes recebidos enquanto sob cuidado psiquiátrico.

9. O direito a ter aconselhamento privado com um conselheiro legal e agir legalmente.

10. O direito a se libertar de uma instalação psiquiátrica em qualquer altura e a estar livre sem confinamentos, não tendo cometido qualquer ofensa.

11. O direito a gerir a sua própria propriedade e assuntos com um conselheiro legal, se necessário, ou se considerado incompetente por um tribunal, a ter um advogado executor nomeado pelo Estado para gerir tais propriedades até ser considerado competente. Tal executor é responsável perante a família próxima do paciente, ou conselheiro legal ou tutor.

12. O direito a ver e a possuir os registos hospitalares pessoais e a agir legalmente de acordo a qualquer informação falsa aí contida que possa ser prejudicial para a reputação pessoal.

13. O direito a procurar ação criminal, com a ajuda plena de agentes da autoridade, contra qualquer psiquiatra, psicólogo ou pessoal hospitalar no caso de qualquer abuso, falsa detenção, agressão como resultado do tratamento, abuso ou violação sexual, ou qualquer violação da saúde mental ou de outra lei. E o direito a uma lei de saúde mental que não indeniza ou modifica as penas para o tratamento criminoso, abusivo ou negligente de pacientes, cometido por qualquer psiquiatra, psicólogo ou pessoal hospitalar.

14. O direito a processar os psiquiatras, as suas associações e faculdades, a instituição, ou o pessoal por detenção ilegal, relatórios falsos ou tratamento prejudicial.

15. O direito a trabalhar ou recusar trabalhar, e o direito a receber uma compensação justa numa escala de pagamento comparável ao sindicato ou salários nacionais/estatais por trabalho semelhante, por qualquer trabalho realizado enquanto hospitalizado.

16. O direito à educação ou treino para capacitar uma pessoa a ganhar o seu sustento quando recebe alta e o direito de escolha quanto ao tipo de educação ou treino que é recebido.

17. O direito a receber visitas e um ministro da sua fé.

18. O direito de fazer e receber telefonemas e o direito à privacidade respeitante a toda a correspondência de e para qualquer pessoa.

19. O direito a associar-se livremente ou não com qualquer grupo ou pessoa numa instituição, hospital ou instalação psiquiátrica.

20. O direito a um ambiente seguro sem ter nesse ambiente pessoas que foram colocadas aí por razões de crime.

21. O direito a estar com outras pessoas do seu grupo etário.

22. O direito a usar roupas pessoais, a ter pertences pessoais e a ter um lugar seguro onde os colocar.

23. O direito a exercício físico diário a céu aberto.

24. O direito a uma dieta e nutrição apropriada e a três refeições diárias.

25. O direito a instalações higiénicas e não sobrelotadas, e a tempo de lazer e descanso suficiente e imperturbável.

Neste toar, o relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/75/186), de 20 de julho de 2020, aponta que:

Além disso, o importante papel das organizações internacionais e regionais, organizações da sociedade e, em particular, organizações de pessoas com deficiência em cooperar internacionalmente por meio de parcerias para dar efeito à Convenção é nele reconhecido. Nesse sentido, organizações internacionais, regionais e não governamentais os atores também têm a obrigação de respeitar os direitos humanos. No que diz respeito às Nações Unidas entidades, embora não estejam formalmente vinculadas à Convenção, têm a obrigação promover e encorajar o respeito pelos direitos humanos para todos, indistintamente, na luz da carta. No caso de pessoas com deficiência, esse compromisso é reforçado por meio da Agenda 2030 e da Inclusão de Pessoas com Deficiência das Nações Unidas Estratégia. Da mesma forma, atores internacionais não estatais, incluindo organizações não governamentais, doadores privados e corporações multinacionais, são obrigados a respeitar os direitos das pessoas com deficiência, embora não sejam diretamente vinculados pela Convenção. A responsabilidade dos Estados Partes na proteção indivíduos e grupos de atores privados e não estatais tem sido sistematicamente reconhecido no direito internacional dos direitos humanos²³. (ONU, 2020, p. 7-8)

Contudo, conclui Patrícia Soares (2021) que, apesar da existência das mais variadas normas jurídicas que garantem a proteção da dignidade da pessoa humana, inclusive em âmbito internacional, resta evidente que as pessoas portadoras de transtorno mental até hoje sofrem com uma sociedade segregacionista e com a falta de políticas públicas destinadas a lhes dar assistência e proteção.

23 Furthermore, the important role of international and regional organizations, civil society organizations and, in particular, organizations of persons with disabilities in cooperating internationally through partnerships to give effect to the Convention is recognized therein. In that connection, international, regional and non-governmental actors also bear an obligation to respect human rights. With regard to United Nations entities, while they are not formally bound by the Convention, they have an obligation to promote and encourage respect for human rights for all, without distinction, in the light of the Charter. In the case of persons with disabilities, that commitment is reinforced through the 2030 Agenda and the United Nations Disability Inclusion Strategy. Similarly, international non-State actors, including international non-governmental organizations, private donors and multinational corporations, are required to respect the rights of persons with disabilities, although they are not directly bound by the Convention. The responsibility of States parties in protecting individuals and groups from private, non-State actors has systematically been acknowledged in international human rights law.

4.1 A CONVENÇÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS DAS PESSOAS ACOMETIDAS DE DEFICIÊNCIA E A CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DIREITO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA COMO MARCOS TEÓRICOS NA REFORMULAÇÃO DO TRATAMENTO DE INTERNAÇÃO

A Convenção Interamericana Para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência foi adotada em Cidade da Guatemala, em 7 de junho de 1999, período ordinário de sessões da Assembleia Geral (CIDH, 1999) e foi ratificada pelo Brasil através do Decreto 3.956/2001 (BRASIL, 2001). Seu objetivo era o de confirmar a titularidade de direitos fundamentais das pessoas com deficiência, sem distinção com as pessoas que não são portadoras de deficiência. Tal instrumento visa o direito à igualdade, bem como demais direitos fundamentais, frisando no objetivo da não discriminação, garantindo igual tratamento e igual tutela de direitos.

Logo, em seu preâmbulo a referida Convenção dispõe a reafirmação da igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais, radicada na não discriminação:

REAFIRMANDO que as pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que estes direitos, inclusive o direito de não ser submetidas a discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano; (CIDH, 1999, s/p)

Além disso, ressaltam a preocupação, mais uma vez, com atos e tutelas discriminatórias ao dispor que tal convenção foi adotada em razão de: “Preocupados com a discriminação de que são objeto as pessoas em razão de suas deficiências” (CIDH, 1999, s/p).

A convenção tem por objetivo prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade. Para o monitoramento das ações realizadas em seu cumprimento, foi instituído o Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência (Ceddis/OEA), composto por representantes dos países signatários, incluindo o Brasil. A partir desse marco, outras estratégias foram criadas nos anos subsequentes, a exemplo da Década das Américas pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas com Deficiência (2006-2016), instituída com o objetivo de garantir à pessoa com deficiência o reconhecimento e o exercício dos seus direitos e dignidade, bem como sua plena participação “na vida econômica, social, cultural e política e no desenvolvimento de suas sociedades, sem discriminação e em pé de igualdade com os demais (OEA, 2007, p. 1). A Década das Américas contou com um Programa de Ação Decenal (PAD),

composto por uma série de medidas e ações divididas por áreas temáticas. (FONSECA, DIAS, 2020, p. 7)

Tal convenção deu azo a outras estratégias na consecução e efetivação de direitos das pessoas com deficiência, dentre elas todas aquelas que padecem de doenças e transtornos de saúde mental, considerando em seu artigo 1º que pessoas com deficiência são “restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (CIDH, 1999).

Um aspecto importante desse instrumento jurídico foi a iniciação de uma fase de monitoramento, que tinha o condão de acompanhar e verificar tanto a aplicabilidade quanto a eficácia das políticas públicas decorrentes do mandamento legislativo (FONSECA, DIAS, 2020). Desta forma, a CDPCD/ONU inaugurou mudanças na defesa das pessoas com deficiência, com o condão de alargar a dignidade e acesso a direitos.

Logo no artigo 3º da Convenção, há a eleição de um objetivo a ser cumprido, a saber, a promoção de independência às pessoas com deficiência, viabilizando o tratamento com fim terapêutico, e não com objetivo de confinamento e exclusão social.

Portanto, é relevante destacar que o dispositivo se destina à emancipação das pessoas com deficiência, entabulando parâmetros que impedem ou dificultam a internação compulsória e involuntária, já que há proteção da liberdade²⁴ e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Para alcançar os objetivos desta Convenção, os Estados Partes comprometem-se a:

1. Tomar as medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade, entre as quais as medidas abaixo enumeradas, que não devem ser consideradas exclusivas:

a. Medidas das autoridades governamentais e/ou entidades privadas para eliminar progressivamente a discriminação e promover a integração na prestação ou fornecimento de bens, serviços, instalações, programas e atividades, tais como o emprego, o transporte, as comunicações, a habitação, o lazer, a educação, o esporte, o acesso à justiça e aos serviços policiais e as atividades políticas e de administração;

24 Para Moraes (2006, p. 43.), “liberdade significa, hoje, poder realizar, sem interferências de qualquer gênero, as próprias escolhas individuais, exercendo-as como melhor lhe convier”

- b. Medidas para que os edifícios, os veículos e as instalações que venham a ser construídos ou fabricados em seus respectivos territórios facilitem o transporte, a comunicação e o acesso das pessoas portadoras de deficiência;
- c. Medidas para eliminar, na medida do possível, os obstáculos arquitetônicos, de transporte e comunicações que existam, com a finalidade de facilitar o acesso e uso por parte das pessoas portadoras de deficiência; e
- d. Medidas para assegurar que as pessoas encarregadas de aplicar esta Convenção e a legislação interna sobre esta matéria estejam capacitadas a fazê-lo. (CIDH, 1999, n. p.)

A Convenção tem sido utilizada no âmbito da luta antimanicomial como um dispositivo que se apresenta oposta à internação involuntária, por ser um cerceamento da liberdade das pessoas com deficiência, limitação esta que não encontra guarida constitucional, assim como será debatido no tópico subsequente.

Quando da Lei 10.216/2001, a internação apareceu, a princípio, como uma medida excepcional, e não como a regra no que tange o tratamento das pessoas com transtornos mentais, sendo uma possibilidade para assegurar o bem-estar dos pacientes, em que pese ainda admitir possibilidade de internação involuntária.

A internação obrigatória (expressão que aqui se utiliza como gênero, abarcando, nessa fase, as modalidades compulsória e involuntária), contudo, nem sempre tem sido apropriadamente manejada, seja no âmbito dos serviços de saúde, seja na esfera jurídica, o que se deve a uma série de fatores que aqui não poderão ser examinados, mas que desafiam maior reflexão e impõe o enfrentamento de uma série de perplexidades. (...). Dentre os principais vetores da legislação referida, está a proibição de toda e qualquer discriminação das pessoas com transtornos mentais, além de privilegiar o acompanhamento e tratamento no núcleo familiar e evitar ao máximo a institucionalização de tais pessoas, de modo a assegurar a sua integração na vida social e familiar. Ademais disso, a Lei da Reforma Psiquiátrica enfatiza o respeito à autonomia da pessoa com transtornos mentais e aposta no caráter excepcional das internações involuntárias (aqui designadas de obrigatórias). (SARLET, 2016, s/p)

A grande questão que os dispositivos (tanto a Convenção, quanto a lei 10.216/2001) trazem à reflexão, é a naturalização de medidas excepcionais como necessárias ao tratamento, que era a forma que a internação era tratada antes da existência e da validade do novo arcabouço jurídico.

A Convenção da Guatemala, principalmente, foi um grande marco no cenário dos Direitos Humanos, passando a lastrear todas as disposições dos países signatários, e o Brasil comprometeu-se a dar vazão e a zelar pela observância dos preceitos ali descritos.

Nesse sentido, inviabiliza-se atos que cerceiem o poder de autodeterminação dos pacientes sob tratamento, dado que os direitos fundamentais a eles garantidos não podem ser distintos, sob risco de discriminação. O que lastreia a Convenção é justamente o mandamento de não discriminação, assim como debatido.

Quanto ao compromisso para efetivação de tais preceitos, a Convenção dispõe em seu Artigo 4º:

Para alcançar os objetivos desta Convenção, os Estados Partes comprometem-se a:

1. Cooperar entre si a fim de contribuir para a prevenção e eliminação da discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência.
2. Colaborar de forma efetiva no seguinte:
 - a. Pesquisa científica e tecnológica relacionada com a prevenção das deficiências, o tratamento, a reabilitação e a integração na sociedade de pessoas portadoras de deficiência; e
 - b. Desenvolvimento de meios e recursos destinados a facilitar ou promover a vida independente, a auto-suficiência e a integração total, em condições de igualdade, à sociedade das pessoas portadoras de deficiência. (CIDH, 1999, n. p.)

O artigo 7º, por sua vez, é mais contundente na defesa das liberdades, ao dispor a impossibilidade de haver disciplina que limite o gozo dos direitos das pessoas portadoras de deficiência, dentre eles, por óbvio, o direito à liberdade:

Nenhuma disposição desta Convenção será interpretada no sentido de restringir ou permitir que os Estados Partes limitem o gozo dos direitos das pessoas portadoras de deficiência reconhecidos pelo Direito Internacional consuetudinário ou pelos instrumentos internacionais vinculantes para um determinado Estado Parte. (CIDH, 1999, n. p.)

Fonseca e Dias (2020) enfatizam que a partir de tal dispositivo, houve grande reformulação de políticas públicas e grande avanço legislativo, não só no Brasil, mas nos demais países signatários, que se comprometeram com a causa em comum.

Anos após a Convenção Interamericana (1999), surge no universo jurídico internacional a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

(CDPD) e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, também conhecida como Convenção de Nova York.

Como já dito, o instrumento em comento foi recepcionado pelo Brasil e incorporada à legislação brasileira por meio do Decreto Legislativo 186/2008 e Decreto Presidencial no 6.949/2009, “sendo a primeira convenção internacional promulgada com status de emenda constitucional, inaugurando a regra do §3º do art. 5º da Constituição Federal” (FONSECA, DIAS, 2020, p. 10), razão pela qual é considerada formalmente como norma Constitucional, estando revestida de todas as prerrogativas inerentes ao texto Magno.

O grande propósito da Convenção é o de garantir a autonomia das pessoas com deficiência. Ou seja, permitir que essas pessoas participem efetivamente da sociedade com suas próprias decisões, como se vê no próprio preâmbulo “Reconhecendo a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas” (CDPD, 2007, n.p.).

Cumprido salientar que a eficácia da CDPD não deve se restringir apenas às pessoas com deficiência, utilizando-se de uma interpretação mais literal e em dissonância com os termos mais modernos, ou seja, seus princípios se aplicam de modo amplo na saúde mental. Schulman completa que “as limitações semânticas do conceito de deficiência não podem servir para desatentar aos princípios que a própria Convenção proclama” (2020, p. 89).

A CDPD busca viabilizar uma igualdade de tratamento²⁵ entre as pessoas portadoras de deficiência²⁶, de maneira a permitir sua plena inclusão na sociedade, sendo uma forma de aplicação da teoria do reconhecimento de Honneth (2003). Por outro lado, essa inclusão dar-se-á sem se afastar das peculiaridades da pessoa portadora de deficiência, ou seja, a CDPD busca a igualdade material e não apenas formal (FRANCISCO, 2020).

É o que se conclui de diversos dispositivos da referida convenção, a exemplo:

Artigo 5 Igualdade e não-discriminação

25 O propósito da presente Convenção é 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 (CDPD, 2007).

26 Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (CDPD, 2007).

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 (CDPD, 2007, n.p.).

A Convenção (2007) pretende incluir a pessoa com deficiência na sociedade, objetivando a efetividade dos princípios que a norteiam, em especial o que está disposto em seu art. 3º, “a” que traz “o respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas”.

O exercício desses direitos deve ocorrer com pleno respeito à condição especial da pessoa com deficiência, ainda que seja necessário a adaptação da realidade para que se consiga a integral participação do indivíduo portador de deficiência (FRANCISCO, 2020).

Neste sentido, a Convenção de Nova York garante que as pessoas com deficiência possam viver em comunidade e de ter a mesma liberdade²⁷ de escolha das demais pessoas. Ou seja, possam escolher onde morar e com quem conviver, mais uma vez se mitigando a possibilidade de se internar alguém contra a sua vontade, em destaque:

Artigo 19

Vida independente e inclusão na comunidade

Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

- a) As pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia; (CDPD, 2007, n.p.)

Ressalta-se, ainda, que a CDPD foi o ponto de partida para a edição da Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que alterou substancialmente a forma

²⁷ Destaca-se ainda que o Relatório A/AC.265/2004/WG/1 da ONU concluiu-se que a questão da privação da liberdade na Convenção não deve estar limitada à esfera criminal, mas igualmente a todas as suas modalidades, inclusive doença mental.

como o ordenamento jurídico brasileiro passou a tratar essas pessoas, garantindo inúmeros avanços na autonomia dos mesmos (FRANCISCO, 2020)

Nesse aspecto, notam-se os reflexos da Reforma Psiquiátrica no ordenamento jurídico internacional, que passou a aderir a instrumentos que contrariam as práticas antiéticas adotadas anteriormente, na relação entre médico e paciente (BATISTA, 2014).

O questionamento acerca das internações involuntárias passa a crescer no Brasil, que até então estava sofrendo influências das diretrizes da reforma na França, cuja internação não deixou de ter um papel central no tratamento (BATISTA, 2014).

Desde então, os movimentos da luta antimanicomial têm tentado se alinhar mais com a proposta italiana, engendrada por Basaglia (2005), com a inadmissão à internação voluntária, existindo apenas a modalidade da internação compulsória, resguardados os mandamentos do devido processo legal para que se possa cercear a liberdade, como será visto a seguir.

É de extrema relevância que os mandamentos internacionais deem azo a tais preceitos, possibilitando que os países desenvolvam legislações coerentes com a não discriminação e garantindo a segurança jurídica às pessoas que sofrem de transtornos mentais (FONSECA; DIAS, 2020).

Assim, é preciso reconhecer o papel da Convenção das Pessoas com Deficiência, debatida no presente tópico, como um instrumento que viabilizou o avanço da reforma psiquiátrica, tanto em sua influência para a Lei da Reforma Psiquiátrica, quanto nas diretrizes que consubstanciam as políticas atualmente. Em que pese os retrocessos percebidos a partir de meados de 2015, que foram trazidos nos dados do monitoramento de políticas públicas de 2016 por um estudo do IPEA realizado por Fonseca e Dias (2020), a Convenção não perde sua relevância e centralidade na defesa dos interesses das pessoas com deficiência.

Por fim, ressalta-se que juridicamente é indispensável a utilização de todos os dispositivos que coadunem com a proteção constitucional trazida na Constituição de 1988, em relação aos interesses dos grupos sociais vulnerabilizados, cujo histórico é de violações e de insegurança jurídica.

De igual forma, percebe-se que a Carta Magna e as Convenções Internacionais, através de seus dispositivos que versam sobre a liberdade, não-discriminação e independência, acabam por acolher as premissas e os valores trazidos pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial (SCHULMAN, 2020, p. 182)

Nesse diapasão, discute-se a inconstitucionalidade das internações involuntárias, dado que para a efetivação dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência, é preciso repensar os instrumentos jurídicos que limitam a sua plena efetivação.

4.2 A INCONSTITUCIONALIDADE DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS

A Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que tratava Reforma Psiquiátrica no Brasil é o marco legal do Direito interno quanto ao tratamento de pessoas portadoras de desordem mental. Na referida lei, encontram-se destacadas as hipóteses de internação e suas respectivas descrições.

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

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

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

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

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (BRASIL, 2001)

Em análise ao dispositivo destacado, percebe-se que há 3 modalidades de internação:

a) a voluntária, quando o próprio paciente solicita e consente de forma expressa com a internação; b) a involuntária, quando um terceiro solicita a internação e o paciente discorda ou não tem o grau de consciência necessário para consentir; c) a compulsória, decorrente de ordem judicial. Além disso, a Portaria 2.391/GM/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL,

2002) traz uma quarta hipótese de internação: a internação voluntária que se torna involuntária. Ocorre quando, após a realização de uma internação voluntária, o paciente deseja sua alta, contudo esta lhe é negada.

A internação voluntária é despicinda para os fins do presente estudo e não merece maiores comentários. Posto que, pela sua própria natureza, ela ocorre quando uma pessoa de plena capacidade manifesta sua vontade e entende que a internação é a medida que melhor se adequa ao tratamento psiquiátrico que lhe foi prescrito, respeitando a liberdade individual do indivíduo que escolheu o próprio tratamento.

De igual forma, a análise da internação compulsória, aquela decorrente de uma ordem judicial²⁸, foge do escopo do presente trabalho, visto que sua análise merece considerações próprias²⁹ e, apesar da importância do tema, não seria pertinente para alcançar os objetivos desta dissertação.

Situação diversa ocorre na possibilidade de internação involuntária, a pedido de um terceiro particular e sem o manifesto consentimento da pessoa e a proteção constitucional aos direitos fundamentais desta última.

Analisando a constitucionalidade desta medida, parte-se, inicialmente, do consectário de que a Dignidade Humana é princípio fundamental da República (art. 1º, III da CF) e que dá origem a todos os Direitos Fundamentais, incluindo o da liberdade e o da Dignidade da Pessoa Humana, trazendo a noção de autonomia (MENDES, 2008). Logo, o ato de internação, que confina a pessoa acometida de transtorno mental em um estabelecimento hospitalar manicomial contra sua vontade, restringindo sua liberdade, é um ato que relativiza seu Direito Fundamental de Liberdade, violando mandamentos da Constituição Federal, da CDPD e de outras Convenções Internacionais sobre Direitos Humanos, como já apontado anteriormente.

Conforme afirma o Luís Roberto Barroso (2012), a Dignidade Humana possui como conteúdo mínimo: Valor Intrínseco, Autonomia e Valor Comunitário restritivo. Neste ínterim, destaca-se que a autonomia traz a noção de autodeterminação e do livre arbítrio para buscar, à sua maneira, o ideal de viver bem e de ter uma vida boa.

28 Consequentemente, a internação compulsória dá-se através de um processo judicial que respeita outros princípios e garantias constitucionais e processuais, como o devido processo legal, a ampla defesa e o contraditório, sendo conduzido pelo Estado-juiz competente e imparcial, com participação obrigatória do Ministério Público e do causídico do réu ou de um curador especial à lide.

29 Além de outros pontos levantados neste trabalho, é cabível a discussão nesse tema sobre os limites da intervenção do Estado na vida privada e a utilização da internação compulsória como sinônimo de medida de segurança no Direito Penal. (DEFENSORIA PÚBLICA. Teses para o II Encontro de Execução Penal. Disponível em: </www.defensorasp.gov.br/dpesp/Repositorio/20/Documentos/TODAS AS TESES/10_11Encontro_Execu% C3oPenal.doc>. Acesso em: 09 jan. 2022).

Mesmo porque, a retirada ou mitigação da autonomia do indivíduo, que por sua vez faz parte do núcleo essencial da liberdade, é medida grave e excepcional e sua tramitação deve obedecer rigorosamente ao devido processo legal (MENDES, 2008), sob pena de contrariar tal direito fundamental previsto no art. 5º, LIV da CF³⁰ (BRASIL, 1988). Situação ainda mais delicada é a retirada da autonomia da pessoa por ato unilateral de particular, o que demandaria cuidados muito mais rigorosos.

Vale destacar que após a entrada em vigor da Lei 13.146/15, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), a incapacidade civil deixou de ser relevante para o instituto da internação, visto que nos termos do art. 85, §1º da referida lei a curatela não alcança o direito ao próprio corpo e à saúde do interditado. Quer-se dizer que a incapacidade civil não retira a autonomia da pessoa e, portanto, em nada interfere na manifestação de vontade de ser internada da pessoa acometida de transtorno mental, interditada ou não³¹ (SCHULMAN, 2020).

Ainda sobre o papel da liberdade, destaca-se as lições de Bobbio que desde sua época já questionava sobre a necessidade de se adotar a liberdade em instituições que historicamente são autoritárias e totalitárias, como nos manicômios:

Também a liberdade positiva foi até hoje concebida quase exclusivamente como ampliação da margem de autodeterminação na esfera política. Uma das novidades desses últimos anos é que as demandas de autodeterminação se manifestam, com uma audácia que seria até poucos anos atrás impensável, naquelas instituições que pareciam inapelável e necessariamente fundadas no princípio da autoridade e da obediência absoluta: a Igreja, a escola, a fábrica, até mesmo o exército. São discutidas, criticadas e contestadas as chamadas instituições totais, como os manicômios e as prisões, cuja função excepcional- como excepcional sempre foi julgado o comportamento anormal ou desviante - sempre as mantivera à margem de qualquer reivindicação de liberdade. Para uma época que, pela primeira vez na história, foi testemunha dos campos de extermínio, a contestação das instituições totais é um desafio que pode parecer até mesmo excessivamente atrevido ou ingênuo, mas que é um daqueles episódios que revelam - mais do que qualquer outra consideração - a realidade profunda do nexo entre liberdade e não-liberdade. (BOBBIO, 1997 p. 94-95)

30 LIV - ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal; (BRASIL, 1988, n. p.)

31 O referido autor faz inclusive o paralelo da incapacidade civil com o reconhecimento, relembrando lições de Honneth: “A incapacidade civil não pode mais ser concebida como um fundamento para negação irrestrita das escolhas pessoais, porque estas são inerentes ao reconhecimento da condição da pessoa humana. É certo que as opções, anseios e desejos pessoais possam não prevalecer, ou depender de suporte, mas não podem ser sumariamente ignoradas” (SCHULMAN, 2020, p. 104).

Assim, deve-se aplicar uma filtragem constitucional (SCHIER, 1999), ou seja, ler e aprender toda a ordem jurídica através da Constituição. Logo, todos os institutos, em especial os do direito infraconstitucional, são reinterpretados pela ótica da constituição, consagrando seus valores.

Institutos como capacidade, interdição e, principalmente, internação devem ser desafiados em relação à sua conformidade com a Constituição e as convenções sobre direitos humanos e fundamentais, pondo a prova suas estruturas e funções (SCHULMAN, 2020). Nesse ínterim, essa filtragem constitucional deve-se aplicar sobremaneira à Lei 10.216/2001 interpretando os procedimentos de internação sob a égide constitucional.

Assim, temos que a internação involuntária, modalidade prevista no art. 6º, II da Lei 10.216/2001, cujos únicos requisitos é o pedido de qualquer pessoa (que sequer precisa ter relação jurídica ou material com o internado) e a autorização de qualquer médico devidamente registrado no conselho de classe, não foi recepcionada pela CDPD e viola o bloco de constitucionalidade pátrio.

Tal posição é condizente com a realidade jurídica que nos circunda. Há o condicionamento do tratamento médico baseado na Lei de Reforma Psiquiátrica ao consentimento da pessoa ou ao suprimento judicial deste, culminando na internação compulsória, sob pena de grave violação à CF (BRASIL, 1988), mais precisamente a seu art. 1º, III, art. 3º, IV e art. 5º, II, X, LIV, §§ 2º e 3º da Carta Magna. Além disso, há a desobediência frente aos arts. 3 e 25 do DUDH; art. 12 do Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; arts. 5 e 7 do Pacto de San José da Costa Rica, art. 4 da Declaração de Caracas; art. 3 e 4 do CDPCD; e dos arts. 3, 5, 12 e 19 do CDPD, conforme já exposto anteriormente (SCHULMAN, 2020, p. 134).

No direito comparado, traz-se como exemplo a Constituição Portuguesa, que impede a possibilidade de internação involuntária, sendo que a interdição forçada pelas terras lusitanas carece sempre de decisão judicial. É uma modalidade de internação compulsória, vez que permite o “Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente” (PORTUGAL, 2005, n.p.). Ademais, Schulman (2020), atesta que, na forma do art. 14º da Lei Portuguesa de Saúde Mental, toda "internação compulsiva" depende de determinação judicial.

A CDPD, em seu art. 25, “d”, de forma expressa proíbe que pessoas com deficiência recebam tratamento de saúde de forma diversa de pessoas sem deficiência e, de igual forma, exige que para que o tratamento ocorra é indispensável o consentimento daquelas pessoas.

d) Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência (CDPD, 2007, n.p.).

Vale lembrar a lição de Bobbio (2004), quando discorre que os direitos nascem ao longo do tempo, acompanhando o progresso técnico da humanidade, nas palavras do mestre:

[...] os direitos não nascem todos de uma vez. Nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem — que acompanha inevitavelmente o progresso técnico, isto é, o progresso da capacidade do homem de dominar a natureza e os outros homens — ou cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas através de demandas de limitações do poder; remédios que são providenciados através da exigência de que o mesmo poder intervenha de modo protetor (BOBBIO, 2004, p. 9).

É o caso em questão. Em que pese a ocorrência de práticas nefastas ao longo da história da humanidade, no atual estágio da nossa sociedade, não se pode cogitar tolher a liberdade de ir e vir de alguém acometido de transtorno mental, obrigando-o a passar determinado período trancafiado em clínica, ainda que supostamente para seu bem, sem que este consinta com o tratamento. De igual modo, esta medida seria impensável para alguém com qualquer outra patologia que não afete a mente.

Por ser signatário da referida Convenção e por essa uma norma constitucional, o Estado Brasileiro tem a obrigação de não permitir a aplicação de leis em desconformidade com o texto internacional. A promoção dos direitos das pessoas com deficiência pode ocorrer das mais variadas formas, seja através da mudança legislativa formal, através de atos administrativos, ou até mesmo através de medidas informais, como mudanças interpretativas, como estabelece o art. 4º, 1 e 4, da CDPD (2007)³².

32 “1.Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo

A Convenção também estabelece que a restrição de liberdade das pessoas acometidas de deficiência não pode acontecer de forma discriminatória, ou seja, se as pessoas sem deficiência não podem ter sua liberdade de ir e vir tolhida sem que para isso seja necessária uma decisão judicial, que obedeça ao devido processo legal, as pessoas acometidas de transtorno mental devem receber o mesmo tratamento. Vejamos:

Artigo 14

Liberdade e segurança da pessoa

1.Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

- a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
- b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.

2.Os Estados Partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável (CDPD, 2007, n.p.).

Não é possível então permitir a internação de uma pessoa contra a sua vontade, a ser realizada por um terceiro, que sequer é revestido do poder estatal e sem que haja o respeito ao devido processo legal, sem que se viole o dispositivo supramencionado, desrespeitando os direitos e garantias fundamentais desses cidadãos (SCHULMAN, 2020, p. 128).

Em que pese a presente discussão ser eminentemente jurídica, a própria literatura médica vem evoluindo e confluindo no mesmo sentido:

Em 1996, a WPA lançou a Declaração de Madrid, que contém os princípios éticos pelos quais se espera que todas as sociedades psiquiátricas nacionais se guiem. A declaração inclui sete diretrizes gerais centradas nos objetivos

de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

- a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;
- b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;

4.Nenhum dispositivo da presente Convenção afetará quaisquer disposições mais propícias à realização dos direitos das pessoas com deficiência, as quais possam estar contidas na legislação do Estado Parte ou no direito internacional em vigor para esse Estado. Não haverá nenhuma restrição ou derrogação de qualquer dos direitos humanos e liberdades fundamentais reconhecidos ou vigentes em qualquer Estado Parte da presente Convenção, em conformidade com leis, convenções, regulamentos ou costumes, sob a alegação de que a presente Convenção não reconhece tais direitos e liberdades ou que os reconhece em menor grau” (CDPD, 2007, n. p.).

da psiquiatria: (1) os psiquiatras devem atender aos pacientes fornecendo a melhor terapia disponível, consistente com o conhecimento científico aceito e os princípios éticos, e devem conceber intervenções terapêuticas que sejam as menos restritivas à liberdade do paciente; (2) é dever do psiquiatra se manter a par dos desenvolvimentos científicos de sua especialidade e transmitir conhecimentos atualizados para os demais; (3) o paciente deve ser aceito como um parceiro de pleno direito no processo terapêutico, e a relação terapeuta-paciente deve ser baseada na confiança e no respeito mútuos, a fim de permitir que o paciente tome decisões livres e informadas; (4) o tratamento deve ser sempre no melhor interesse do paciente, e nenhum tratamento deve ser fornecido contra a vontade dele, a menos que sua suspensão possa colocar em risco sua vida ou a daqueles que o rodeiam; (5) quando os psiquiatras são solicitados a avaliar uma pessoa, é seu dever informá-la de que está sendo avaliada e sobre o propósito da intervenção; (6) as informações contidas na relação terapêutica devem ser mantidas em sigilo e usadas exclusivamente com a finalidade de melhorar a saúde mental do paciente; e (7) como os pacientes psiquiátricos são sujeitos de pesquisa particularmente vulneráveis, deve ser tomado cuidado extra para salvaguardar sua autonomia, bem como sua integridade física e mental. (SADOCK, 2017, p. 1405)

A fim de evitar esses abusos, é necessário trazer à baila a regra contida no Princípio 11 da Resolução 46/119 da Assembleia Geral da ONU que trata sobre “Consentimento para o tratamento”:

6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7, 8, 12, 13, 14 e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:

- a) o usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;
- b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações, inclusive da informação especificada no parágrafo /2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e considerando a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento; e
- c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário. (UNITED NATIONS, 1991)

Evidente que a internação deve ser considerada a *ultima ratio* para o paciente com distúrbio mental, nos termos do art. 4º da Lei 10.216/2001: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001) e ainda assim somente nos casos em que este paciente voluntariamente aceite a internação ou no caso de decisão judicial que supra esta vontade, aplicando a internação compulsória (SCHULMAN, 2020, p. 127).

4.3 A PROIBIÇÃO DAS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS COMO UMA NOVA FASE PARA A LUTA ANTIMANICOMIAL

A luta antimanicomial, na contemporaneidade, tem se centrado na manutenção das conquistas de outrora, diante do quadro de retrocessos que exsurgiu a partir de meados de 2015, assim como debatido no tópico 2.3.

Desde então, há uma retomada de pautas que eram consideradas superadas, tal como os malefícios do sistema asilar, que pressupõe internações involuntárias, a própria relação entre os médicos e as pessoas portadoras de transtornos mentais e os meios necessários à dignificação da vida das pessoas com deficiência.

Nesse diapasão, é preciso entender a interrelação da luta antimanicomial atual e as internações involuntárias, demonstrando os questionamentos com relação à (des)necessidade de adoção de tais medidas, bem como o afronte à Constituição da República, frente ao desrespeito à dignidade da pessoa humana, autonomia, liberdade e saúde dos indivíduos. Nesse sentido, o relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/HRC/40/54), de 11 de janeiro de 2019, expõe que:

O direito à liberdade e à segurança é amplamente reconhecido nos instrumentos como um dos direitos mais fundamentais. A liberdade da pessoa diz respeito à liberdade do confinamento do corpo, e a segurança da pessoa diz respeito à ausência de lesão ao corpo e a mente. Portanto, está inextricavelmente ligado ao gozo de outros direitos humanos, incluindo o direito à integridade pessoal, o direito à privacidade, o direito à saúde, o direito à liberdade de movimento e o direito à liberdade de reunião, associação e expressão. Além disso, as pessoas privadas de liberdade são invariavelmente colocadas em condições extremamente posição vulnerável e correm um risco maior de serem submetidos a tortura e tratamento ou pena degradante³³ (ONU, 2019, p. 10).

Conforme debatido anteriormente, as internações involuntárias sempre foram um instituto presente na legislação e na prática do cuidado das pessoas com transtornos mentais,

33 The right to liberty and security is widely recognized in international and regional instruments as one of the most fundamental rights. Liberty of person concerns freedom from confinement of the body, and security of person concerns freedom from injury to the body and the mind. Hence, it is inextricably linked to the enjoyment of other human rights, including the right to personal integrity, the right to privacy, the right to health, the right to freedom of movement, and the right to freedom of assembly, association and expression. Moreover, persons deprived of their liberty are invariably placed into an extremely vulnerable position and experience a higher risk of being subjected to torture and inhuman and degrading treatment or punishment.

sendo interpretada, em dado momento, como a única alternativa possível, destinando grande poder de decisão aos médicos e familiares do portador de transtornos mentais. Posteriormente, com a regulamentação da Lei n 10.216/2001, passou a ser um dos instrumentos possíveis, não o único, de tratamento para tais indivíduos.

No momento em que prevalecia o modelo asilar, pouco se questionava acerca dos impactos e consequências das internações, que eram feitas sem o consentimento do paciente, que era estigmatizado e apartado do convívio social, inclusive por motivos outros senão qualquer matéria de saúde mental (SANTANA, 2019).

Dessa forma, apenas no momento que se designou como reforma psiquiátrica é que se debateu esse modelo asilar, passando a discutir a questão das internações. No entanto, embora outros países tenham abolido esta forma, tal qual a Itália, que passou a tutelar apenas a internação compulsória – que depende de decisão judicial, devidamente fundamentada a partir de pareceres médicos –, o Brasil não seguiu a mesma linha (BATISTA, 2014).

Quando da Lei 10.216/2001, um inegável avanço ocorreu para a luta antimanicomial, visto que houve, pela primeira vez, uma regulamentação, dispondo das ordens para internação, com preocupação em definir que a internação é uma medida possível para o tratamento, que só deverá ser adotada em caso de comprovada necessidade, passando por procedimentos que regularizavam e dirimiam a discricionariedade do tempo desregulamentado anterior (BRASIL, 2001). Contudo, como já explanado, a referida lei permite, em sua redação fria, a possibilidade da internação involuntária, indo de encontro a diversos textos internacionais sobre o tema e, principalmente, não sendo recepcionada pela Convenção de Nova York.

Conforme indica Brito (2017), entre os anos de 2005 e 2017, foram fechados pelos Sistema Único de Saúde (SUS) 85 hospitais psiquiátricos; 16 mil leitos psiquiátricos; 15.845 unidades psiquiátricas, importando numa redução de 37% do número de estabelecimentos especializados em serviços de saúde mental no Brasil.

Contudo, a legislação, como comentado, não extirpe a internação involuntária, apenas a regulamenta, prevendo esta possibilidade, com a exigência de parecer do Ministério Público Estadual para aferir a validade da internação, que deve ser feita por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde esteja locado o estabelecimento da internação (BRASIL, 2001).

A Lei Federal 10.216/2001, promulgada pelo então presidente Fernando

Henrique Cardoso, como deixa explícito em seu subtítulo, se dispõe a proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Ela veio em substituição ao Decreto 24.559, de 1934, que até então dispunha "sobre a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas". Desnecessário dizer que tal lei era cheia de anacronismos e inadequações acumuladas diante dos quase cem anos de avanço do conhecimento médico que ela atravessou. Assim, muito embora algumas medidas propostas como "redirecionamentos" para a assistência sejam passíveis de questionamento, em seu cômputo geral é uma lei que trouxe avanços na regulamentação de atos médicos envolvendo pacientes portadores de transtornos mentais. (BARROS, SERAFIM, 2009, p. 175)

Essa medida visou a desospitalização e a diminuição das internações, o que de fato ocorreu (BATISTA, 2014). Mas mostra-se insuficiente, à medida que faz a manutenção de uma figura que contraria as disposições constitucionais de 1988, no sentido de promoção de dignidade, autonomia e saúde das pessoas portadoras de transtornos mentais (REQUIÃO, 2015).

A justificativa, do ponto de vista da saúde, pela manutenção deste instituto vem dos conflitos nas relações entre médico e paciente, principalmente naqueles casos em que o tipo de transtorno mental do paciente é caracterizado por rebaixamento de consciência (LIMA, 2007). Destarte, fornece-se a prerrogativa do médico de determinar qual o tratamento mais adequado, utilizando a internação para fins terapêuticos, diferentemente do modelo asilar, que apenas promovia a segregação social (LIMA, 2007).

Ocorre, porém, algumas vezes, um conflito de interesses entre médico e paciente, em que este se recusa a submeter-se à indicação formulada por aquele. As condições clínicas propiciadoras dessa recusa são: 1. Paciente com rebaixamento ou estreitamento da consciência (como no estupor catatônico esquizofrênico ou depressivo, no transtorno dissociativo histérico e outros). 2. Paciente com preservação da consciência, mas sem capacidade para uma decisão racional (como nos diversos transtornos delirantes e alucinatórios, e outros). A decisão do psiquiatra em indicar a internação, esgotados os recursos extra-hospitalares para o tratamento ou manejo do problema ou mesmo perante a gravidade/emergência do caso, acaba por se constituir mais freqüentemente, segundo Taborda,¹ nas seguintes apresentações: presença de transtorno mental (exceto transtorno de personalidade anti-social), além de, no mínimo, uma das seguintes condições: a) Risco de auto-agressão b) Risco de heteroagressão c) Risco de agressão à ordem pública d) Risco de exposição social e) Incapacidade grave de autocuidados. É nas condições clínicas e apresentações acima descritas que o Estado, sob a Lei nº 10.216/2001,² confere ao médico especialista, com o beneplácito da família ou responsável legal do paciente, a possibilidade da internação involuntária, mediante comunicação devidamente justificada ao Ministério Público Estadual no prazo de até 72 horas após sua ocorrência, seguida de notificação circunstanciada ao mesmo

órgão quando da alta hospitalar (LIMA, 2007, p.116).

O que se demonstrou, mesmo nesses casos de conflitos, é a inconstitucionalidade desse tipo de conduta, que acaba por suprimir direitos fundamentais das pessoas portadoras de transtornos mentais, que ficam à mercê da discricionariedade médica e de terceiros, aqueles que solicitam a internação (BARROS, SERAFIM, 2009).

Segundo Lima (2007), o pressuposto de legitimidade da internação involuntária esbarra em dois pilares, o técnico-científico, que aduz à evolução das formas de tratamento, e esbara no aspecto ético também, sobre o respeito à liberdade e autonomia dos pacientes.

Desta forma, a discussão da legitimidade e legalidade da internação involuntária passa por critérios que extrapolam o meramente jurídico, e passa a ser correlato à ordem da inter-relação entre médicos e pacientes e as próprias diretrizes e parâmetros do cuidado com a saúde mental (LIMA, 2007).

A Constituição Federal de 1988 prevê que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (Art. 5º, LIV). Essa cláusula derivada do direito inglês – *due process of law* – garante a todos um procedimento legal previamente estabelecido e um julgamento justo para a privação do direito fundamental à liberdade do paciente psiquiátrico. A internação psiquiátrica involuntária, além de seu aspecto médico, possui natureza de restrição ao direito de liberdade, sendo por isso exigido um devido processo legal. A natureza jurídico-constitucional da internação psiquiátrica involuntária e a sua constitucionalidade, embora não possa derivar de texto expresso da Constituição, advém do chamado “direitos dos outros”, que autoriza a restrição de direitos fundamentais em confronto com outros direitos ou valores constitucionais. No Brasil, há uma previsão específica para o devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária dada pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entretanto, o princípio do amplo acesso ao poder judiciário (Art. 5º, XXXV), a referida cláusula constitucional, autoriza o intérprete, principalmente o juiz, a maior concretização dos direitos fundamentais da pessoa portadora de transtorno mental (PINHEIRO, 2012, p. 125).

Entretanto, no que tange a discussão jurídica sobre a legitimidade da internação involuntária, tem-se que esse modelo desrespeita o devido processo legal para hipóteses de privação de liberdade. Se há, de fato, um cerceamento do direito à liberdade, isto não poderia ocorrer sem a participação e manifestação da pessoa interessada, resguardado o seu contraditório e ampla defesa, sendo considerada a manifestação da vontade (PINHEIRO, 2012).

Esses questionamentos ganharam força com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, quando dispõe que independente da (in)capacidade civil, devolvendo a agência sobre suas próprias vidas. Pinheiro (2012, p. 127) disciplina: “A condição de sujeito da pessoa portadora de transtorno mental implica direitos e garantias fundamentais na ordem jurídica constitucional”, e pode-se inferir que isso pressupõe observância à sua liberdade e autonomia, bem como zelo por sua saúde, com tratamentos que possuam fins de fato terapêuticos.

A natureza da internação psiquiátrica involuntária, embora não se possa cogitar de aspectos penais, é claramente de “restrição ao direito de liberdade”, representando espécie de limitação civil ou administrativa a direito fundamental de defesa contra intervenção indevida do Estado (e/ou de particulares) e contra medidas legais restritivas dos direitos de liberdade. (PINHEIRO, 2012, p. 129)

Pinheiro (2012, p. 129) defende que “a limitação ao direito fundamental à liberdade de ir e vir imposta pela internação psiquiátrica involuntária somente poderia encontrar respaldo constitucional se fosse expressamente prevista no texto da Carta Magna” e ainda se houvesse restrições legais, desde que respaldadas em expressa autorização constitucional.

Desta forma, diz-se inconstitucional a internação involuntária, que consiste no cerceamento da liberdade através de ato de médico e terceiros, interferindo na espera privada da vida das pessoas portadoras de transtornos mentais. A luta contra a internação involuntária é uma nova faceta da luta antimanicomial, sendo uma nova onda e novo pleito pela dignificação da vida dos pacientes.

Na verdade, a Constituição brasileira não tratou da limitação à liberdade produzida pelo internamento psiquiátrico involuntário. Com efeito, a Carta Magna de 1988, que tem como regra geral o respeito ao direito à liberdade, define hipóteses excepcionais de privação de liberdade, abrangendo prisões penais, processuais, civis e disciplinares, sem, no entanto, fazer nenhuma referência à internação psiquiátrica involuntária, até mesmo porque essa modalidade de restrição da liberdade não se realiza por motivos penais ou processuais penais, inadimplemento de obrigação alimentar ou infidelidade depositária ou, muito menos, por razões administrativas ou disciplinares, não podendo ser tecnicamente enquadrada como modalidade de “prisão” (PINHEIRO, 2012, p. 130)

Amancio e Elia (2017) recordam que inobstante à ameaça aos direitos constitucionais das pessoas portadoras de transtornos mentais, houve inflexões aos direitos adquiridos decorrentes da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, de forma que se faz necessária uma luta constante e vigilância pelas prerrogativas obtidas. Torna-se necessário que a luta

antimanicomial perpassa a questão da internação involuntária, restaurando o status de “sujeito” de direitos das pessoas com transtornos mentais.

Outro motivo pelo qual esta luta ganhou expressão na atualidade foram as reformas legislativas e nos direcionamentos políticos, que ensejaram a Nota Técnica 11 de 2019, que ampliou as comunidades terapêuticas, ausente cientificidade e fins terapêuticos, de fato (DELGADO, 2019).

Diante dos regressos legislativos e de normas que desafiam, cada vez mais, as conquistas trazidas não só pela reforma, mas pela Lei 10.216/2001 e pelo Estatuto da Pessoa Com Deficiência, as insurgências da luta antimanicomial tornam-se mais radicais, no sentido de extirpar o mal pela raiz (DELGADO, 2019).

Nesse sentido, Amancio e Elia (2017) recordam ainda as incorrências éticas, que destacam a necessidade de confrontar o sistema de internações, que atende a interesses escusos que tem sido fomentado nos últimos anos.

A luta antimanicomial tem sido uma importante ferramenta para consecução e promoção de direitos e prerrogativas às pessoas que padecem de transtornos mentais, possibilitando outras formas de tratamento, sem que seus direitos constitucionais sejam olvidados.

Delgado (2019) denuncia os retrocessos e reafirma um compromisso pela luta pela liberdade e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais, como forma de perseguição das garantias constitucionais.

É evidente e perigosa a falha da legislação brasileira nesse ponto, ao permitir a internação psiquiátrica involuntária sem a autorização (anterior ou posterior – convalidação do internamento de urgência) de um magistrado. Esse risco, o sistema constitucional de proteção à pessoa portadora de transtorno mental dos Estados Unidos, Argentina, África do Sul, Portugal, Espanha, entre outros países, expressamente eliminou, não por mera desconfiança na comunidade técnica, ou evidente esgotamento do modelo hospitalocêntrico, mas, sobretudo, para dar eficácia urgente ao entendimento sólido e sedimentado na contemporânea teoria dos direitos fundamentais: *o portador de transtorno mental possui exatamente a mesma dignidade que qualquer outro ser humano física e mentalmente capaz*. (PINHEIRO, 2012, p. 134, grifo do autor).

Confrontar a internação involuntária, portanto, não apenas confronta o modelo hospitalocêntrico, como garante segurança jurídica e devido processo legal, além de estar alinhado com o mais recente entendimento acerca da teoria dos direitos fundamentais

(PINHEIRO, 2012).

Neste sentido, A ONU através do seu Comitê de Direitos de Pessoas com Deficiência, apresentou as Diretrizes para os Países membros, na qual se destaca entre elas:

- III. Acabar com a internação na lei e na prática e restaurar a dignidade das pessoas com deficiência
- 1. Reconhecer a internação como uma violação dos direitos humanos de múltiplos direitos na Convenção e que constitui:
 - a. Discriminação baseada na deficiência;
 - b. Privação de liberdade;
 - c. Uma prática nociva que envolve diferentes formas de violência, coerção, maus tratos e tortura contra pessoas com deficiência com profundos impactos em sua integridade física e mental
 - d. Uma violação do direito das pessoas com deficiência de viver de forma independente e de serem incluídas na comunidade (artigo 19) da Convenção.
- 2. Reconhecer que a internação não é uma forma de proteção das pessoas com deficiência, nem como uma “solução” para as pessoas com deficiência ou como uma forma adequada de apoio ou prestação de serviços, como saúde, educação ou reabilitação³⁴. (UNITED NATIONS, 2021, p. 3)

Pinheiro (2012) narra que o *habeas corpus* tem sido utilizado como instrumento de confronto às internações involuntárias, sendo um mecanismo possível de proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Schulman (2018) defende que há princípios axiológicos acerca da não internação, que seria o limiar entre a liberdade e a proteção das pessoas com deficiência. Em seu discurso, expõe que há um paternalismo em torno da vulnerabilidade destes indivíduos, o que acaba por lhes ferir e tolher direitos elementares.

Volta-se ao conceito da luta pelo reconhecimento honnethiana, para se afastar o silêncio em volta dos portadores de transtornos mentais. Schulman (2018) fala que é preciso passar da invisibilidade a uma tutela dos direitos fundamentais a essas pessoas.

34 III. End institutionalization in law and practice and restore the dignity of persons with disabilities

1. Recognise institutionalization as a human rights violation of multiple rights in the Convention and that it constitutes:
 - a. Disability-based discrimination;
 - b. Deprivation of liberty;
 - c. A harmful practice that entails different forms of violence, coercion, ill treatment and torture against persons with disabilities with profound impacts on their physical and mental integrity;
 - d. A violation of the right of persons with disabilities to live independently and to be included in the community (article 19) of the Convention.
2. Recognise that institutionalization is not a form of protection of persons with disabilities, or as a “solution” for persons with disabilities or as an adequate form of support or the provision of services, such as health, education or rehabilitation.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação buscou compreender se a internação involuntária é inconstitucional. Isso se dá diante do caráter extremo dessa medida, que possibilita que a vontade de outrem, sem representatividade estatal, prepondere sobre a vontade daquele que é internado.

A hipótese principal considerava que a inconstitucionalidade poderia ser atestada, levando-se em consideração a Convenção de Nova York de 2007, que foi recepcionada no Brasil equiparada à emenda constitucional. As internações involuntárias poderiam tornar-se inconstitucionais, por ultrajar direitos e garantias presentes na Constituição Federal de 1988, bem como serem um desrespeito à autonomia da pessoa com deficiência mental ratificada por várias legislações internacionais.

A loucura era admirada e celebrada na Grécia Antiga, vendo o indivíduo que a detinha como um receptor de manifestações sobrenaturais. Somente a partir do século XII, com a ascensão da Igreja Católica, ele passou a ser estigmatizado. O confinamento do indivíduo considerado louco só se deu com o desaparecimento da lepra. Assim, no século XVII, os antigos leprosários são reservados exclusivamente ao enclausuramento dessas pessoas.

A partir do final do século XIX, diante dos abusos que ocorreram nas instituições psiquiátricas, originou-se a antipsiquiatria, que tinha como objetivos tratar os pacientes psiquiátricos como comuns, de modo que o uso da camisa de força ocorreria em ocasiões excepcionais, tal como os momentos de crise aguda. Após décadas, iniciou-se o movimento de desinstitucionalização, que visualizava a psiquiatria como um instrumento de controle social e de exercício de poder.

No Brasil, os cuidados institucionais destinados a esse público começou no segundo reinado. As legislações do período em muito se assemelha à atual, o que evidencia o anacronismo desta. Nos anos 70 do século XX, surgiu um movimento de humanização do sistema de saúde mental, com o intuito de proteger pessoas acometidas de transtornos mentais. Como resposta a tais movimentos, existiram movimentos de contrarreforma em observância aos interesses do setor privado e da “indústria da loucura” e farmacêutica, que lucravam com o adoecimento das pessoas que tinham supostos transtorno mentais.

Apesar disso, criou-se o Projeto de Lei 3.657/89 que pretendia acabar com sistema

manicomial e asilar no nosso país, sendo sancionado, após várias modificações, 12 anos depois e é conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/2001, que é a atual base legal do tema em estudo em conjunto com a Portaria do Ministério da Saúde de nº 2391/GM de 26 de dezembro de 2002. Houve também a inserção da proteção das pessoas com transtornos mentais, que passaram a ser protegidas também pela Constituição de 1988.

Diante disso, é sabido que a vulnerabilidade é inerente às pessoas com transtornos mentais, dada a condição de saúde que possuem, a maneira como se veem e como a sociedade os visualiza. A criação de rótulos sobre essas pessoas e a estigmatização faz parte da vivência de tais indivíduos. As escassas políticas de governo voltadas a esse público promovem a exclusão em seus efeitos materiais, sociais e psicológicos.

Com a Constituição de 1988 e com a constitucionalização do Direito Civil, a vulnerabilidade das pessoas com deficiência tornou-se pauta. Isso se deu também pela urgência em promover a inclusão, por meio da garantia dos direitos fundamentais, de determinados grupos sociais que foram historicamente excluídos. A partir disso, as pessoas com deficiência passaram a ser contempladas no diploma constitucional como um dos grupos mais vulneráveis entre os vulneráveis, isto é, como hipervulneráveis. Logo, elas deveriam deter de maior proteção legal.

A superação da vulnerabilidade, segundo Axel Honneth, dá-se pelo reconhecimento, por meio de três premissas: o amor, o direito e a solidariedade. Portanto, o amor permite que o indivíduo se autorrealize em sua vida pessoal e familiar. O direito é necessário para que exista o autorrespeito numa sociedade democrática, de modo que cada um seja visto como autônomo e moralmente imputável. Apesar disso, a humilhação e o rebaixamento influenciam criando bases para lutas por reconhecimento, onde experiências individuais de desrespeito são vistas como vivências de todo um grupo de pessoas.

A solidariedade, por sua vez, é fundamental para que as escolhas e comportamentos do indivíduo não sejam estigmatizadas, por haver um reconhecimento de seus valores e capacidades. A luta por reconhecimento visa o alcance das pessoas as suas aspirações, sonhos e projetos pessoais, já que pode propiciar alterações no modo de ver a sociedade e as instituições. O Estado democrático de Direito deve dar oportunidades iguais e garantias aos direitos a diferentes grupos, de modo que todos alcancem o reconhecimento.

A Convenção Interamericana de Direitos das Pessoas Acometidas de Deficiência teve ampla importância no cenário nacional, uma vez que permitiu a reformulação de políticas

públicas e mudanças positivas na legislação, de modo que os países signatários incentivem a não discriminação, garanta segurança jurídica às pessoas que sofrem esse transtorno, bem como, a exemplo do Brasil, desenvolva mecanismos em prol da luta antimanicomial.

Em resposta ao problema deste trabalho, atesta-se que a inconstitucionalidade da internação involuntária se dá em razão da garantia constitucional referente à Dignidade da Pessoa Humana correlata à garantia da autonomia, da liberdade e da não discriminação a todos os homens. Destarte, a manifestação da vontade deve ser respeitada, inclusive quando se trata de pessoa acometida de transtorno mental. Há expressa previsão legal nas Convenções Internacionais sobre o tema. A mitigação deste direito deve ser encarada como medida grave e excepcional, justificando-se apenas por avaliação minuciosa do Poder Judiciário. Ressalte-se que a internação involuntária pulveriza os direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, ao restarem submetidas à discricionariedade médica e de terceiros. Opor-se à internação involuntária, portanto, obedece aos direitos fundamentais e humanos previstos na CF e na legislação internacional, sendo importante arma na luta antimanicomial.

REFERÊNCIAS

- AMANCIO, Valdene Rodrigues; ELIA, Luciano. Panorama histórico - político da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 9, n. 24 (2017). Disponível em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5031>. Acesso em 27 jan 2022.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 763-774, 2017.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, Ana Paula Müller de, **SUJEITOS E(M) MOVIMENTOS: UMA ANÁLISE CRÍTICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NA PERSPECTIVA DOS EXPERIENTES**. 2012. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- ARAN, Artur P. Introdução. In: ALCUDIA, Rosa. **Atenção à diversidade**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ARAÚJO NETO, José Aldo Camurça de. A filosofia do reconhecimento: as contribuições de Axel Honneth a essa categoria, In: **Kinesis**, Marília, v. 5. n. 9 (Edição Especial), p 52-69, jul. 2013.
- AZEVEDO, Américo Orlando; SOUZA, Tadeu de Paula. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [3]: 491-510, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/T78xrxYK8j4bBYXDPSZWXvR/?lang=pt..> Acesso em 18 jan 2022.
- BARATTA, Alessandro. **Criminologia critica e critica del diritto penale. Introduzione ala sociologia giuridico-penale**. México: Siglo XXI, 1986.
- BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **Arch. Clin. Psychiatry** (São Paulo) 36 (4), 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/MP39F3zDM6M7Hc8jXzwmwpmJ/?lang=pt>. Acesso em 27 jan 2022.
- BARROSO, Luís Roberto. A Constitucionalização do Direito e suas Repercussões no Âmbito

Administrativo. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de; MARQUES NETO, Floriano de Azevedo (Coord.). **Direito administrativo e seus novos paradigmas**. 2ª ed. Belo Horizonte: Fórum, 2017, p. 31-56.

BARROSO, Luís Roberto. Here, There, and Everywhere: Human Dignity in Contemporary Law and in the Transnational Discourse, **35 B.C. Int'l & Comp. L. Rev.** 331, 2012.

BARROSO, Luís Roberto. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito: o triunfo tardio do direito constitucional no Brasil. **R. Dir. Adm.** Rio de Janeiro, 240: 1-42, abr/jun 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/43618/44695>. Acesso em 18 jan 2022.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 91-149.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, Abril de 2014, pp. 391-404. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Micheline-Batista/publication/264943132_Breve_historia_da_loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil/links/53f732b00cf22be01c454a7d/Breve-historia-da-loucura-movimentos-de-contestacao-e-reforma-psiquiatica-na-Italia-na-Franca-e-no-Brasil.pdf. Acesso em 18 jan. 2022.

BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e Poder**. Tradução de Otho Faria. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **Igualdade e liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

BRAGA, M. M. S.; SCHUMACHER, A. A. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela Teoria do Reconhecimento Social de Axel Honneth. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, mai/ago. Brasília, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890**. Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e cria a assistencia medica e legal de alienados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D206-A.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 06 de julho de 1992a.** Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992b.** Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001.** Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

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: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 10 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm#:~:text=DLG%2D186%2D2008&text=Aprova%20o%20texto%20da%20Conven%20C3%A7%C3%A3o,Art.> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **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.. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Lei 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm> Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. (**ADI 1480 MC / DF - DISTRITO FEDERAL. MEDIDA CAUTELAR NA AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE**). Relator(a): Min. CELSO DE MELLO Julgamento: 04/09/1997. Órgão Julgador: Tribunal Pleno). 1997. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14819932/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-1480-df-stf>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002**. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-gm-ms-2391-2002>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

*BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em:* https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 09 jan. 2022.

*BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. 2019. Disponível em:* <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Te%CC%81cnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudanc%CC%A7as_da_Politica_de_Sau%CC%81de_Mental.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2022.

BRITO, Débora. CFM: oferta de leitos psiquiátricos no SUS diminui quase 40% em 11 anos. **Agência Brasil**. Publicado em 21/03/2017. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psiQuiatricos-no-sus-diminuiu-quase-40-em-11-anos>>. Acesso em: 09/01/2022.

BRITO, E. S. de; VENTURA, C. A. A. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista De Direito Sanitário**, v. 13, n. 2, p. 41-63, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i2p41-63>. Acesso: 09 jan. 2022.

CARVALHO, José Lucas Santos; ÁVILA, Flávia de; DELABRIDA, Zenith Nara Costa. As dimensões da vulnerabilidade: o caso da comunidade Carrilho, Sergipe. *In*: SPOSATO,

Karyna (org.). **Vulnerabilidade e Direito**. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2021.

CHADDAD, Maria Cecília Cury. **Direito à informação: proteção dos direitos à saúde e à alimentação da população com alergia alimentar**. Tese (Doutorado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2013.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF). **Organização Mundial da Saúde**: Direção-Geral da Saúde: Lisboa, 2004. Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>. Acesso em: 24 jan. 2022.

COELHO, Luis Fernando. **Teoria crítica do direito**, Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

COLLINS, Patrícia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Tradução Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA. Adotada e aberta à assinatura em Oviedo, 04 de abril de 1997. Entrada em vigor na ordem internacional: 01 de dezembro de 1999. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/euro/principaisinstrumentos/16.htm>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA**. Cidade da Guatemala, junho de 1999. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/o.Convencao.Personas.Portadoras.de.Deficiencia.htm>. Acesso em 27 dez 2021.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.

ENNES, Marcelo Alario; MARCON, Frank. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. **Revista Sociologias**, porto alegre, ano 16, n. 35, jan/abr 2014, p. 274-305.

ESPÍ, Josep García-Borés. El impacto carcelario. In: BERGALLI, Roberto. (Coord.). **Sistema penal y problemas sociales**. Valencia: Tirant lo Blanch, 2003, p. 395-425.

EXPÓSITO, Gabriela. **A capacidade processual da pessoa com deficiência intelectual**. Salvador: JusPodivm, 2019.

FARIA, J. H. de. As Condições de uma Gestão Democrática Social do Processo de Trabalho: reconhecimento, redistribuição, representação e realização. **EPPEO**. Curitiba, 2011. Disponível em <https://www.eppeo.pro.br/condicoes-de-uma-gestao-democratica-social-do-processo-de-trabalho-reconhecimento-redistribuiçao-representacao-e-realizacao-por-jose-henrique-de-faria/> Acesso em 09 jan 2022.

FEITO, Lydia. Vulnerabilidad. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 30, supl.3, p. 07-22,

2007. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 01 set. 2021.

FERNANDES, Ana Paula Cunha dos Santos; DENARI, Fatima Elisabeth. Pessoa com deficiência: estigma e identidade. **Revista FAEEBA**- Ed. e Contemp., Salvador, v. 26, n. 50, p. 77-89, set/ dez. 2017. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/4263/2661>. Acesso em: 09 jan. 2022.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente. **Identidades e direitos da pessoa com transtorno mental**. Curitiba: CRV, 2013.

FERRAJOLI, Luigi. **Derechos y Garantías: la ley del más débil**. Tradução de Perfecto Andrés Ibáñez y Andrea Greppi. 4ª ed. Madrid: Editorial Trotta, 2004.

FERREIRA, Gina. **Direitos humanos na cidade dos excluídos: estratégia de cidadania**. Saúde e Direitos Humanos, a. 07, n. 7, p. 53-74, 2010.

FONSECA, Igor Ferraz da; DIAS, Francine de Souza. **A convenção da organização dos estados americanos para as pessoas com deficiência e as políticas federais brasileiras: indicadores de monitoramento e ações do governo federal**. Texto para discussão - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2020.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2017a.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 6ª ed. São Paulo: Paz&Terra, 2017b.

FRANCISCO, Ronaldo Vieira. **Vedação ao retrocesso ao absolutamente incapaz**. Salvador: Editora JusPodivm, 2020.

FRASER, Nancy From Distribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a "Post-socialist Age. In: **Justice in-terruptus: critical reflections on the 'post-socialist' condition**. London: Routledge, 1997 [1995]. p. 68-93.

FREEMAN, Melvyn; PATHARE, Soumitra (principais redatores). **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. OMS, 2005. Disponível em <<http://www.who.int>> . Acesso em 09 jan. 2022.

GOFFMAN, E. Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Trad. cast.: **Internados**. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. [S.l.]. 2004.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 9 ed. 2 reimp. São Paulo: Perspectiva, 2019.

GUIMARÃES, Maria Carolina S. NOVAES, Sylvia Caluby. Autonomia reduzida e Vulnerabilidade: Liberdade de Decisão, Diferença e Desigualdade. **Revista de Bioética**. Vol. 7. nº 1, [S. d.]. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/288. Acesso em: 25 jan. 2022.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Tradução de Luiz Repa, São Paulo: Ed. 34, 2003.

IGREJA, Rebecca Lemos. O Direito como objeto de estudo empírico: o uso de métodos qualitativos no âmbito da pesquisa empírica em Direito. In: MACHADO, Máira Rocha (Org.). **Pesquisar empiricamente o Direito**. São Paulo: Rede de Estudos Empíricos em Direito, 2017.

KEHL, Maria Rita. **Ressentimento**. 3 ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

KAUFMANN, H. Kriminologie III. Strafvollzug und Sozialtherapie. Trad. cast... **Criminología. Ejecución penaly terapia social**. Buenos Aires: De Palma, 1979.

LEME, Renata Salgado; CAZELATTO, Eduardo; BARTMAN, Roberto. Os principais aspectos da história da psiquiatria no Brasil. In: LEME, Renata Salgado (org.). **Direito e saúde mental**. Curitiba: Juruá, 2021.

LIMA, Mauro Aranha de. Internação involuntária em psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação. In: ALVES, Luiz Carlos Aiex (coord). **Ética e psiquiatria**. 2ª ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues; *et al.* **Psiquiatria Básica**. 2 ed. São Paulo: Artmed, 2007.

LUCKASSON, R.; BORTHWICK-DUFFY, S.; BUNTINX, W. H. H.; COULTER, D. L.; CRAIG, E. M.; REEVE, A.; SNELL, M. E. **Mental Retardation: definition, classification, and systems of support**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002.

MACHADO, Antonio Carlos da Costa (Coord.); ALVARENGA, Maria Amália de Figueiredo Pereira; RIBEIRO, Luciana Esteves Zumstein. **Estatuto da Pessoa Com Deficiência comentado Artigo por Artigo**. Barueri: Novo Século, 2019.

MACHADO, Diego Carvalho. Capacidade de agir e direitos da personalidade no ordenamento jurídico brasileiro: o caso do direito à privacidade. **Revista Brasileira de Direito Civil**. Belo Horizonte, v. 8, n. 2, abr. / jul. 2016.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: **DSM-5** / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... *et al.*]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [*et al.*]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

MARAZINA, Isabel Victoria. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil.** 2012. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.6.2012.tde-19032012-095057. Acesso em: 2022-01-28.

MARCANTONIO, Jonathan Hernandez. A loucura institucionalizada: sobre manicômios e outras formas de controle. **Psicol Inf.**, São Paulo, v. 14, n. 14, p 139-159, out. 2010.

MARQUES, Cláudia Lima; MIRAGEM, Bruno. **O novo direito privado e a proteção de vulneráveis.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

MATTOS, P. de. O reconhecimento entre a justiça e a identidade. Lua Nova: **Revista de Cultura e Política.** N. 63, p. 143-161. São Paulo, 2004.

MEAD, George Herbert. **Mind, self and society: from the standpoint a social behaviorism.** Chicago: The University of Chicago, 1962.

MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocência Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito Constitucional.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MENEZES, Rita de Cássia Barros de. **Pluriparentalidade: uma visão contemporânea do direito de família.** João Pessoa: Sal da Terra, 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1992.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **O conceito de Dignidade Humana.** Princípios do Direito Civil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

MUCHEMBLED, Robert. **Uma história do Diabo: século XII – XX.** Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bom texto, 2001.

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. saúde coletiva.** 24 (12) 25 Nov 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n12/4489-4498/pt/>. Acesso em 17 jan 2022.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos,** 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 09 jan 2022.

ONU. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Brasília, 2007. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 25 jan. 2022.

ONU. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75. Disponível em: <http://portal.mec.g>. Acesso em: 09 jan. 2022.

PASSOS, Izabel C. Friche. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2009.

PASSOS, Rachel Gouveia. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. **Sociedade Em Debate**. 23(2), 55 – 75, 2017. Disponível em <<https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/1678>> Acesso em 09 jan. 2022.

PORTUGAL. Parlamento de Portugal. **Constituição da República**. VII Revisão Constitucional. 2005. Disponível em: <<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>>. Acesso em: 09 jan. 2022.

ONU. **Relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/HRC/40/54)**, de 11 de janeiro de 2019. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

ONU. **Relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/RES/73/161)**, de 16 de julho de 2018. Disponível em: <https://undocs.org/A/RES/73/161>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

ONU. **Relatório do Relator Especial sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (A/RES/75/186)**, de 20 de julho de 2020. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/75/186>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

ONU. **Resolução 46/49, de 17.12.1991**. Dispõe sobre a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à Saúde Mental. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/1>>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

Organização Mundial de Saúde (OMS) /Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Declaração de Caracas** Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela, 1990.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura: Loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense.1989.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. **RDisan**, v. 12, n. 3, p. 125-138, 2012, São Paulo. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/692/701>. Acesso em 27 jan 2022.

PINTO Cell Regina Jardim. Nota sobre a controvérsia Fraser-Honneth informada pelo cenário brasileiro. In: **Lua Nova**, São Paulo, n. 74, p. 35-58, 2008.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 2. ed. São Paulo: Max Limonad, 1997.

PIOVESAN, Flávia. **Temas Direitos Humanos**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

POLI, Luciana Costa. Lei brasileira da pessoa com deficiência: análise sob a ótica da teoria do reconhecimento em Honneth. *In*: FIUZA, César (org.); SILVA, Marcelo Rodrigues da; OLIVEIRA FILHO, Roberto Alves de (coords.). **Temas relevantes sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência**: reflexos no ordenamento jurídico brasileiro. Salvador: Editora JusPodivm, 2018, p. 135-156.

RE, Lucia. Vulnerability, Care and the Constitutional State. **Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)**, v. 11, n. 3, 2019.

Disponível em:

<http://revistas.unisinos.br/index.php/RECHTD/article/view/rechtd.2019.113.01>. Acesso em 01 set. 2021.

REQUIÃO, Maurício. **Autonomia, incapacidade e transtorno mental**: propostas pela promoção da dignidade. 2015. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RICOEUR, Paul. Autonomía y vulnerabilidad. *In*: **Lo justo 2**. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Trotta. Madrid, 2008.

ROCHA, Nara Caroline de Oliveira; ADÃO, Clara; ALVES, Miriam Coutinho de Faria. O processo de territorialização precária no cárcere feminino. *In*: ARAÚJO, Neiva; ADÃO, Clara; ROCHA, Nara. **Territorialidades e Feminismos**, São Paulo: Editora Blimunda, 2022. (obra no prelo)

RODRIGUES, Leiner Resende. **“Só quem sabe da doença dele é Deus”** - O significado da doença mental no contexto cultural. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virgínia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTANA, Rafael da Silva. **Estigma da doença mental e capacidade civil: perspectivas de dissociação**. Dissertação (Mestrado em Direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. Internação obrigatória não pode ser utilizada de modo generalizado. **Conjur**, 9 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-dez-09/direitos-fundamentais-internacao-obrigatoria-nao-utilizada-modo-generalizado>. Acesso em 29 dez. 2021.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? Reação. **Revista Nacional de Reabilitação**, São Paulo, nº 43, ano IX, p. 09-10, 2005. Disponível

https://idoso.mppr.mp.br/arquivos/File/Artigo_-_Deficiencia_mental_ou_intelectual.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2022.

SCHIER, Paulo Ricardo. **Filtragem Constitucional: construindo uma nova dogmática jurídica**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1999.

SCHULMAN, Gabriel. **A internação forçada de adultos que fazem uso abusivo de drogas**. 2018. Tese (Doutorado em Direito Civil Constitucional) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SCHULMAN, Gabriel. **Internação forçada, saúde mental e drogas: é possível internar contra a vontade?** Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020.

SILVA, Virgílio Afonso da. **A Constitucionalização do Direito: Os direitos fundamentais nas relações entre particulares**. 1ª ed. 3ª tir. São Paulo: Malheiros Editores, 2011.

SOARES, Patrícia Gomes. Os direitos dos pacientes com transtornos mentais à luz da legislação internacional. *In*: LEME, Renata Salgado (org.). **Direito e saúde mental**. Curitiba: Juruá, 2021.

SOUTO MAIOR, Nivea Maria Santos; SILVA, Berenice Lira da; COSTA, Rosiane Oliveira da. AS INFLEXÕES DA CONTRARREFORMA DO ESTADO NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: OS CAMINHOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA. v. 16 n. 1 (2018): **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abeps/article/view/22576>. Acesso em 17 jan. 2022.

SPADINI, Luciene Simões; MELLO E SOUZA, Maria Conceição Bernardo de. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], 2006, v. 40, n. 1, pp. 123-127. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100018>. Acesso em: 20 jan. 2022.

TAYLOR Charles. The politics of recognition. *In*: GUTMANN, Amy (Ed.). **Multiculturalism: Examining the politics of recognition**. Princeton: Princeton University Press, 1994, p. 25-73.

THE WORLD HEALTH REPORT 2001: **mental health: new understanding, new hope**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001 Disponível: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf. Acesso em: 11 jan. 2022.

TORRENTÉ, Maurice de. **Ressources alternatives en santé mentale: Un cas montréalais** [dissertação]. Montréal: Université de Montréal; 1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNITED NATIONS. General Assembly. **A/RES/46/119, December, 17th, 1991. The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care**.

Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>>. Acesso em: 09 jan 2020.

UNITED NATIONS. Committee On The Rights Of Persons With Disabilities. **Annotated outline of Guidelines on Deinstitutionalization of Persons with Disabilities, including in emergency situations**. Endorsed at the CRPD 25th Session (16 August-14 September 2021). disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Guidelines/CRPD_Annotated_outline.docx. Acesso em: 12 jan 2022.

WERLE, Denilson Luís; MELO, Rúrion Soares. Reconhecimento e justiça na teoria crítica da sociedade em Axel Honneth. In: NOBRE, Marcos (Org.). **Curso livre de teoria crítica**. Campinas: Papirus, 2008.

VALENTE, Júlia Leite; DE CAUX, Luiz Philipe. **O que é teoria do reconhecimento?** Pólos de Cidadania, UFMG, 2010.

VECHI, Luis Gustavo, latrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso de Brasil **Estudos de psicologia**. Natal, vol. 9, n. 3, set/dez. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/d54H5pCTzS8WyHMxZVCtJtq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 de dezembro de 2021.

VINTE e três milhões de brasileiros possuem transtornos mentais. **Medicina S.A.** [S. l.], 18 set. 2019. Disponível em: <https://medicinasa.com.br/transtornos-mentais-docway/>. Acesso em: 11 jan. 2022.

YASUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **Hist. cienc. Saúde**. Manguinhos 18 (2). Jun 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Ss6wDQf7mgr4zmdN6shzhBc/?lang=pt>. Acesso em 18 jan. 2022.