

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE DIREITO

HORÁCIO DE FIGUEIREDO LIMA NETO

OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS À LUZ DA LEI 10.216/2001

SÃO LUÍS

2015

HORÁCIO DE FIGUEIREDO LIMA NETO

**OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS À LUZ DA LEI 10.216/2001**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Direito da Universidade Federal do
Maranhão, como requisito para obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

São Luís

2015

Lima Neto, Horácio de Figueiredo.

Os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais à luz da lei 10.216/2001 / Horácio de Figueiredo Lima Neto. — São Luís, 2015.

113 f.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos.

Monografia (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, Curso de Direito, 2015.

1. Direito – Portadores de transtornos mentais. 2. Desinstitucionalização – Tratamento – Saúde mental. 3. Lei nº 10.216/2001. 4. Deficiência intelectual. 5. Direito à assistência integral. I. Título.

CDU 342.726-056.37

HORÁCIO DE FIGUEIREDO LIMA NETO

**OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS À LUZ DA LEI 10.216/2001**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Direito da Universidade Federal do
Maranhão, como requisito para obtenção
do grau de Bacharel em Direito.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos
(Orientador)**

1º Examinador

2º Examinador

São Luís

2015

*Para Maria Aparecida Conceição
Mendonça Santos, com a minha gratidão
e todo o meu carinho.*

A loucura é diagnosticada pelos sãos, que não se submetem a diagnóstico.

Carlos Drummond de Andrade

Não é encerrando o teu próximo numa casa de saúde que provarás que tens razão.

Fiódor Dostoiévski

RESUMO

O presente estudo aborda o processo de ascensão das pessoas portadoras de transtornos mentais à categoria de novos sujeitos de direito. Nesse contexto, analisa-se o fenômeno da loucura desde o longo processo de exclusão social dos considerados loucos ou alienados, até à criação de uma rede normativa de proteção direcionada às pessoas portadoras de transtornos mentais. Nesse interim, investiga-se a emergência de novos saberes médicos e jurídicos que, a partir do século XIX, propiciaram a criação de novos campos de aplicação coercitiva de poder disciplinar, pautada na segregação de tais indivíduos e na institucionalização do tratamento em saúde mental. Estabelece-se, ainda, diferenças e similaridades entre os conceitos de pessoa com deficiência intelectual e pessoa portadora de transtorno mental, a partir das normas de proteção direcionadas a cada um dos respectivos sujeitos de direito. Por fim, observa-se o surgimento de normas específicas, promulgadas no contexto da reforma psiquiátrica que se opera no país, que visam a desinstitucionalização do tratamento em saúde mental direcionado às pessoas portadoras de transtornos mentais. Dentre essas normas, destaca-se a 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 no país. Em meio aos direitos e garantias previstos por essa incipiente rede normativa de proteção, destacam-se as modalidades de serviços alternativos ao modelo hospitalocêntrico até então vigente, evidenciando o contexto local em relação à promoção de tais serviços, além de abordar as modalidades de internação legalmente previstas.

Palavras-chave: Desinstitucionalização; Portadores de Transtornos Mentais; Lei nº 10.216/2001

ABSTRACT

This study approaches the rise of people with mental disorders to the category of new subjects of rights. In this context, it is analyzed the phenomenon of madness from the long process of social exclusion of those considered crazy or insane, until the creation of a protection network rules directed at people with mental disorders. In the meantime, it is investigated the emergence of new medical and legal knowledge that, since the nineteenth century, enabled the establishment of new coercive fields of application of disciplinary power, based on the segregation of such individuals and institutionalization of mental health treatment. It is then established differences and similarities between the concepts of person with intellectual disabilities and people with mental disorder, from the protection regulations directed to each of the persons related. Finally, it is analyzed the emergence of specific standards, arising in the context of psychiatric reform which operates in the country, that aimed at the deinstitutionalization of mental health treatment directed to people with mental disorders. Among these standards, there is Act n° 10.216/2001, which provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirect the care model in mental health in the country. Among the rights and guarantees provided by this incipient regulatory network protection, stands out the arrangements for alternative services to hospital-centered model in force until those days, showing the local context regarding the promotion of such services, as well as analyzes the admission arrangements provided by law.

Keywords: Deinstitutionalization; People with Mental Disorders; Act n° 10.216/2001.

LISTA DE TABELAS

- **Tabela 1** - Informações sobre localização e contatos dos principais serviços públicos e gratuitos destinados ao tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais em São Luís/MA.
- **Tabela 2** - Quadro demonstrativo das principais normas atinente às pessoas portadoras de transtornos mentais promulgadas no Brasil no período de 1890 até os dias atuais.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Associação Psiquiátrica Americana.
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS ad – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i – Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
EC – Emenda Constitucional
CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GM – Gabinete Ministerial
HTPC – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
IPC – Internação Psiquiátrica Compulsória
IPI – Internação Psiquiátrica Involuntária
IPV – Internação Psiquiátrica Voluntária
IPVI – Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OEA – Organização dos Estados Americanos
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PCD – Pessoa Com Deficiência
PL – Projeto de Lei
PLS – Projeto de Lei do Senado
PNE – Pessoas com Necessidades Especiais
PPD – Pessoa Portadora de Deficiência
PSF – Programa Saúde da Família

PT-MG – Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais

PTM – Portadores de Transtornos mentais

PPTM – Pessoas portadoras de transtornos mentais

SF – Senado Federal

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social

SRTs – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCIE – Termo de Consentimento Informado e Expresso – TCIE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O FENÔMENO DA LOUCURA: ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRATAMENTO DIRECIONADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS	16
1.1 Questões Preliminares	16
1.2 A institucionalização e a positivação da loucura	20
2 PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA QUESTÃO TERMINOLÓGICA (?)	34
3 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRECIONADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS À LUZ DA LEI 10.216/2001	60
3.1 O Cenário da Reforma	60
3.2 Direitos de Igualdade e Singularidade e o Direito da Não Discriminação das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (Art. 1º da Lei 10.216/2001)	69
3.3 O Princípio da Dignidade Humana e os direitos em espécie das pessoas portadoras de transtornos mentais (Art. 2º da Lei 10.216/2001	72
3.4 O direito à assistência integral, ao atendimento adequado e ao acesso aos serviços em saúde mental (arts. 3º ao 5º da Lei 10.216/2001)	75
3.4.1 Centros de Atenção Psicossocial	77
3.4.2 Ambulatórios de Saúde Mental	79
3.4.3 Serviço Residencial Terapêutico	79
3.4.4 Hospital Geral	80
3.4.5 Hospital Psiquiátrico e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico	81
3.5 A internação das pessoas portadoras de transtornos mentais e suas modalidades (arts. 6º ao 10º da Lei 10.216/2001)	82
3.5.1 Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV)	85
3.5.2 Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI)	85
3.5.3 Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI)	86
3.5.4 Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC)	88

3.6	A participação de pessoa com transtorno mental em pesquisa para fins diagnósticos ou terapêuticos (art. 11 da Lei 10.216/2001)	90
3.7	A criação de Comissão Nacional para acompanhar a implementação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e a entrada em vigor da lei (arts. 12 e 13 da Lei nº 10.215/2001)	92
3.7.1	Existência, Validade, Eficácia e Vigência da Norma	92
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS	101
	ANEXOS	108

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo realizar algumas reflexões e apontamentos sobre a evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais a partir de uma perspectiva crítica sobre o papel do Estado e do Direito em relação a efetivação desse processo e da análise da rede normativa de proteção destinada a tal grupo de pessoas.

Nesse contexto, será analisada a gradual mudança de perspectiva que se operou em diversos setores sociais, corroborados, principalmente, por saberes científicos e institucionalizados que foram assimilados pela sociedade e pelo próprio Estado, em relação aos indivíduos tidos por *loucos* ou *alienados*, que, historicamente, foram vítimas de um processo sistematizado de exclusão e estigmatização, até serem, por fim, alçados à categoria de novos sujeitos de direito, a partir, especialmente, da promulgação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no país.

Nesse sentido, o próprio termo *evolução* deve ser destacado, sendo o seu uso aqui empregado não no sentido de um necessário desenvolvimento para algo melhor ou mais elevado, mas compreendido enquanto a adequação de um sistema ao seu meio, através de um longo processo de falhas e acertos ou, em suma, a partir de tentativas, cujo resultado final não deve ser avaliado presumidamente como um progresso, mas como uma condição.

Desse modo, não se pretende conceber que o atual estágio de desenvolvimento teórico, prático e jurídico voltado à proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais, represente o topo hierárquico ou a perfeição de um sistema normativo que se pretende impor, tão pouco que seja a forma mais acabada e a que melhor se adequa à atual realidade social observada, haja vista que ainda é bastante perceptível a existência de diversos problemas no sistema de atenção à saúde mental no país, além de que o próprio modelo de desinstitucionalização defendido pela reforma psiquiátrica e exteriorizado pela Lei 10.216/2001 ainda sofre diversas críticas.

Da mesma forma, não se pretende supor que o Direito tenha sido o principal protagonista nas modificações que se operaram em relação ao tratamento direcionado a tal grupo de indivíduos, uma vez que as próprias normas protetivas destinadas às pessoas portadoras de transtornos mentais foram fruto de intensos debates e discussões políticas, permeados pela mobilização de diversos setores da sociedade civil organizada, contando, inclusive, com a participação de pessoas acometidas de transtornos mentais, que conheceram

de perto a realidade do tratamento dispensado a tal grupo de indivíduos pelo poder público ao longo do tempo.

Percebe-se, assim, que tal como um organismo vivo, o Direito se adequa ao seu meio (que nesse sentido deve ser compreendido como a própria sociedade tutelada), mas com a observância de que esse meio irá sempre sofrer modificações mais rápidas do que a capacidade do organismo em se adaptar a tais circunstâncias.

Desse modo, é necessário ressaltar que as modificações e inovações legislativas sobre a matéria não surgiram do vazio, mas representam o resultado de um amplo processo de mobilização social em prol da defesa e ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Nessa esteira, a legislação vem a representar um reflexo da mudança social, ao mesmo tempo em que ela própria incita transformações, na medida em que positivava os direitos que antes se encontravam adstritos apenas ao âmbito da pretensão e expectativa social.

Com o objetivo de analisar essa sensível modificação de perspectiva que se operou em relação ao tratamento e inclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais, tanto no âmbito social quanto no campo normativo, o presente trabalho foi dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo, busca-se analisar o processo de institucionalização e positivação da loucura, de modo a perceber e evidenciar a longa tradição de exclusão da pessoa portadora de transtorno mental no ocidente, enfatizando a psiquiatria manicomial clássica, surgida na Europa, que encontrou reflexos em todo o mundo, inclusive no Brasil e, conseqüentemente, no Maranhão. Nesse contexto, utiliza-se como método de análise a epistemologia crítica, de modo a evidenciar, através de uma reflexão histórica, os pressupostos da própria ciência, destacando o lugar, o alcance, os limites e a significação socioculturais da atividade científica, incluindo, nesse contexto o próprio Direito enquanto ciência jurídica.

Desse modo, destaca-se a responsabilidade social dos agentes e dos saberes institucionalizados no processo de exclusão do doente mental da sociedade. Ademais, utiliza-se o método arqueológico foucaultiano, de modo a evidenciar o nascimento do objeto “loucura” em meio a uma ampla gama de discursos, que, historicamente, permitiram seu aparecimento por meio da construção de um saber organizado, estruturado, hierarquizado, no qual o próprio conhecimento científico se afastaria da busca da verdade, em nome de uma pretensa razão instrumental, objetivando a dominação tanto da natureza quanto de outros seres humanos. Já através do método genealógico, procura-se observar como esses discursos elaborados produziram um sentido político, manifestando e produzindo poder, sendo utilizado para segregar indivíduos que não se adequassem a nova ordem social imposta pelo mundo moderno.

Já no segundo capítulo, objetiva-se realizar um breve estudo sobre a terminologia utilizada em diferentes épocas para designar as pessoas portadoras de transtornos mentais, com especial ênfase às normas jurídicas que regularam o tratamento e os espaços destinados a tais sujeitos no decorrer do tempo. No mesmo sentido, analisa-se o intercâmbio conceitual que se operou entre o Direito e a Medicina, compreendidos enquanto saberes institucionalizados, o que acabou por criar novos sujeitos e objetos de análise científica, originando, do mesmo modo, novos campos de valoração social e manifestação de poder disciplinar.

Ainda no segundo capítulo, procura-se analisar as normas jurídicas de proteção destinadas às *pessoas com deficiência intelectual*, fazendo uma comparação entre tais sujeitos de direito e as *pessoas portadoras de transtornos mentais*, estabelecendo diferenças e similaridades entre tais grupos de indivíduos, que têm em comum, o fato de ambos terem sido vítimas de um amplo processo de exclusão e confinamento, e de terem adquirido sua cidadania, e o reconhecimento de seus direitos fundamentais, no Brasil, após a Constituição Federal de 1988.

Por fim, no terceiro e último capítulo, analisa-se o processo de desinstitucionalização do tratamento em saúde mental, examinando especificamente os direitos resguardados às pessoas portadoras de transtornos mentais a partir da formação de uma incipiente rede normativa de proteção. Nesse sentido, pretende-se realizar uma análise sistemática, utilizando os dispositivos elencados na Lei 10.216/2001 como fio condutor, a partir dos quais se busca estabelecer uma comunicação com as demais normas constitucionais, internacionais e infraconstitucionais que se relacionam em torno da matéria.

Desse modo, almeja-se enfatizar os novos direitos assegurados aos portadores de transtornos mentais, além de analisar os modelos de tratamento e serviços assistenciais em saúde mental disponibilizados a tais sujeitos, enfatizando, nesse contexto, a realidade local em relação à promoção desses serviços. Observam-se, ainda, as modalidades de internação legalmente previstas, de modo a perceber como os dispositivos elencados na legislação se coadunam com a reforma psiquiátrica que se opera no país, que vem ensejando mudanças tanto no âmbito clínico de tratamento, quanto no âmbito jurídico e normativo de proteção.

1 O FENÔMENO DA LOUCURA: ASPECTOS HISTÓRICOS DO TRATAMENTO DIRECIONADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

1.1 Questões Preliminares

Para que seja possível realizar uma análise sobre o atual papel do Estado e do Direito em relação ao tratamento dispensado às pessoas portadoras de transtornos mentais, é necessário, antes de tudo, empreender esforços no sentido de traçar uma sucinta abordagem historiográfica, teórica e epistemológica, a fim de que se possa compreender o fenômeno da loucura e o tratamento direcionado aos portadores de transtornos mentais no decorrer do tempo.

Através destas observações preliminares, objetiva-se destacar as modificações e permanências da mentalidade social acerca da loucura e dos portadores de transtornos mentais, realizando um diagnóstico crítico de modo a perceber de que forma tais concepções se refletiram na construção de normas impositivas reguladas pelo Direito e efetivadas por meio de políticas públicas voltadas ao atendimento desse grupo específico da sociedade.

A partir dessa perspectiva, faz-se necessário, primeiramente, compreender a loucura - que justificadamente se tornou uma palavra pejorativa - por meio de uma dupla concepção: através de suas manifestações no campo patológico e no campo social.

Dessa forma, será observado como, no campo patológico, a loucura passou a ser, gradativamente, abordada através de seu caráter objetivo, sendo reconhecida enquanto doença do corpo e da mente, cientificamente determinável e identificável, encontrando grandes avanços no seu tratamento e cura. Por outro lado, será enfatizado como, no campo social, as concepções sobre a loucura sempre encontraram alguns entraves, geralmente acompanhadas pela incompreensão e pelo preconceito.

É necessário destacar, porém, que as distinções apresentadas não representam uma dicotomia rígida. Como se verá adiante, na sociedade contemporânea, o preconceito contra as pessoas portadoras de transtornos mentais, por vezes, se manifestou por meio de explicações ditas científicas, amparadas por um amplo aparato jurídico e institucional que condenavam esses indivíduos ao estigma da exclusão social.

Nesse sentido, é importante frisar que tal problema ainda não se encontra completamente superado. A Ciência, muito além de sua pretensa neutralidade, obedece às circunstâncias políticas e sociais em que seu desenvolvimento está inserido, o mesmo ocorrendo

em relação ao Direito que, como ciência jurídica, sofre forte influência do meio social em que surge e ao qual se dirige.

Em relação ao Direito, a noção hegemônica de que a ciência deve ser pura ou neutra, talvez seja ainda mais problemática em comparação a outras áreas do conhecimento¹, pois o Direito, enquanto fato ou fenômeno, é construído justamente sob uma base axiológica e valorativa de condutas, a partir da qual se constrói um complexo aparato formal, instituído com a finalidade precípua de regular o comportamento social, em suas mais variadas manifestações, através daquilo que se convencionou chamar de ordenamento jurídico. Nesse sentido, Miguel Reale assevera que:

a ciência do Direito estuda o fenômeno jurídico tal como ele se concretiza no espaço e no tempo, enquanto que a Filosofia do Direito indaga das condições mediante as quais essa concretização é possível. [...] **Donde poder-se dizer que a ciência do Direito é uma forma de conhecimento positivo da realidade social segundo normas ou regras objetivadas, ou seja, tornadas objetivas, no decurso do processo histórico** (2002, p. 17, grifos nossos).

Ainda segundo esse autor, “toda sociedade obedece a uma tábua de valores, de maneira que a fisionomia de uma época depende da forma como seus valores se distribuem ou se ordenam” (REALE, 1990, p. 191). Assim, para Reale, o fato humano assume uma dimensão valorativa que resulta da sua referibilidade a valores, que, sem dúvida, encontra reflexo no Direito, em seu aspecto normativo e coercitivo. Analisando tal posicionamento, Agostinho Ramalho Marques Neto considera que:

as normas jurídicas constituem o objeto específico da ciência do Direito, mas não [apenas] as normas consideradas em si mesmas. Qualquer análise jurídica deve considerar necessariamente o complexo das normas em função das situações normadas, isto é, deve apreender o objeto do Direito em sua estrutura tridimensional, porquanto é só através de suas relações com o fato a que se refere e com os valores que consagra, que a norma jurídica pode fazer sentido (2001, p. 175).

¹ Sobre tal concepção, importante avocar o posicionamento de Hans Kelsen, que concebia o Direito como uma ciência pura, pregando, justamente, a sua avaloração (KELSEN, 1998). Pelo seu entendimento, o valor somente poderia ser encontrado no “ser” e a ciência do Direito consistia em um “dever-ser” (KELSEN, 2001, p. 205). Importante frisar, porém, que o próprio Kelsen, assumiu a existência de fatores que poderiam influenciar o Direito, a partir de sua perspectiva fenomênica. Assumindo tal postura, o próprio Kelsen afirma que sua intenção é atingir a teoria pura por meio de um método puro: “O Direito não é puro, somente a teoria do Direito pode ser pura” (KELSEN, 1986, p.56). A essa mesma conclusão chega Arnaldo Vasconcelos no seu repasse crítico a teoria kelseniana (VASCONCELOS, 2003, p. 111).

Sob esse prisma, o método derivado da epistemologia crítica, utilizado por ambos os autores, oferece subsídios para a análise não apenas do conhecimento científico e jurídico elaborados sobre o tema proposto, mas, também, como meio de compreender a maneira como tal conhecimento foi, e ainda é utilizado. Nessa esteira, Agostinho Ramalho Marques Neto, ensina que:

[...] a epistemologia crítica se interessa profundamente em compreender como é utilizado o poder em que o saber científico implica; e como é utilizado não só pelos próprios cientistas, mas também por aqueles que encomendam, manipulam e aplicam os resultados das ciências, inclusive o Estado (2001, p. 3).

Coadunando tal entendimento ao presente estudo, é possível perceber que, no Brasil, tanto as formulações científicas quanto a criação de leis e políticas públicas específicas voltadas à saúde mental, nem sempre favoreceram as pessoas acometidas de transtornos mentais. No mesmo sentido, observa-se que até mesmo as mais recentes elaborações legislativas, teóricas e jurídicas sobre a matéria, quando mal formuladas ou mal interpretadas, acabam por trazer imenso prejuízo a essas pessoas tão carentes de cuidados e tratamentos médicos adequados.

Ao ser feita essa observação sobre os efeitos, por vezes nocivos, das normas jurídicas voltadas aos portadores de transtornos mentais, e sobre algumas arbitrariedades cometidas pelo Estado em nome de uma pretensa cientificidade, não se pretende supor que a Ciência, o Estado e o Direito possuam uma função antagônica à sociedade. O objetivo, ao contrário, é perceber o caráter dinâmico de tais instituições, reconhecendo-as enquanto expressões da própria sociedade, que, como construções humanas, são passíveis de erros, que, por sua vez, devem ser combatidos e evitados. Ademais, pretende-se evidenciar que a própria confluência entre essas e outras esferas, resulta em forças normativas que se impõem de maneiras distintas, a depender do espaço e tempo tomado como referência, que, a propósito, também devem ser considerados quando da valoração das normas analisadas. Nesse sentido, ainda segundo Reale:

onde quer que haja um fenômeno jurídico, há, sempre e necessariamente, um fato subjacente (fato econômico, geográfico, demográfico, de ordem técnica, etc.); um valor, que confere determinada significação a esse fato, inclinando ou determinando a ação dos homens no sentido de atingir ou preservar certa finalidade ou objetivo; e finalmente, uma regra ou norma, que representa a relação ou medida que integra um daqueles elementos ao outro, o fato ao valor. Tais elementos ou fatores (fato, valor e norma) não existem separados

um dos outros, mas coexistem numa unidade concreta. Mais ainda, esses elementos ou fatores não só se exigem reciprocamente, mas atuam como elos de um processo (já vimos que o Direito é uma realidade histórico-cultural) de tal modo que a vida do Direito resulta da interação dinâmica e dialética dos três elementos que a integram (2002, p. 65).

Assim, através da comparação entre um passado não tão distante, em que vigorava, via de regra, a exclusão sistemática do “louco” da sociedade, em relação à atual conjectura sobre a questão, em que se busca a desinstitucionalização do tratamento dirigido ao doente mental, será possível traçar um paralelo, identificando avanços, retrocessos e possibilidades que se apresentam com a legislação atualmente em vigor sobre o tema.

Nessa esteira, as normas jurídicas relacionadas à saúde mental serão compreendidas não apenas como comandos abstratos, mas como instrumentos capazes de regular as relações sociais, que, no caso em análise, podem servir como forma de dinamizar a inserção social de um grupo não poucas vezes negligenciado ao longo da história, tanto do ponto de vista social quanto do ponto de vista jurídico.

Desse modo, pretende-se destacar a potencialidade transformadora das mencionadas normas sobre uma perspectiva mais crítica do que dogmática, evidenciando o aspecto dialético existente entre a sociedade e o direito, analisando o objeto de estudo apresentado a partir da problemática relacionada à efetivação do Estado do Bem-Estar Social. Sobre tal paradigma, importante ressaltar que:

os aspectos propriamente científicos e filosóficos do Direito, quando não são simplesmente negligenciados, são apresentados [...], via de regra, dentro de um dogmatismo normativista que [...] induz à crença de que o Direito se reduz às leis e que estas devem ser consideradas como algo dado, a ser simplesmente interpretado e aplicado. Ignora-se, dessa maneira, o mais importante: que a elaboração teórica do Direito, como de qualquer outra ciência, resulta de um processo de construção e retificação de conceitos; [...] que, tanto na elaboração das teorias como na construção das normas e na aplicação destas à realidade social, há todo um direcionamento ideológico que deve ser permanentemente submetido a crítica; que as leis foram feitas para a sociedade, e não a sociedade para as leis (MARQUES NETO, 2001, p. 6).

Dessa interpretação, pode-se concluir que o Direito se origina dos fatos, e que a norma jurídica, tratada isoladamente, conquanto possa ser estudada, elogiada ou criticada, não atua, o que ocorre apenas quando há uma situação concreta a ser por ela regulada. Com isso, é necessário levar em consideração que “a ordenação sistemática inclui valores em si e isso não vale apenas para a formação do sistema através da ciência e da jurisprudência, mas também para as construções do legislador” (CANARIS, 2002, p. 179).

Nesse sentido, é possível afirmar que as normas jurídicas, quer seja no seu processo de formação, quer seja em seu campo de aplicação e valoração, dependem da ocorrência de situações de fato, no conjunto de relações que se estabelecem na sociedade, para que possam criar vida, atuando e se fazendo sentir na existência das pessoas em geral e, enfim, em toda a sociedade.

Contudo, antes de adentrar especificamente na análise das normas jurídicas voltadas à promoção da saúde mental e seu reflexo na sociedade atual, é necessário realizar uma análise geral sobre a maneira como, historicamente, o Poder Público se manifestou em relação a esse fenômeno.

1.2 A institucionalização e a positivação da loucura

Talvez fosse necessária uma abordagem histórica de longuíssima duração para compreender o lugar da loucura na sociedade ocidental e suas diferentes manifestações no decorrer do tempo, para chegar à conclusão de que ela, a loucura, acompanhou a humanidade desde os seus primórdios. Seria possível observar a sua função aglutinadora nos festivais dionisíacos na Antiguidade Clássica; as explicações míticas que lhe atribuíam na Idade Média, geralmente relacionada à possessão por forças demoníacas; seria observado ainda o elogio satírico de Erasmo de Roterdã na Renascença, até se chegar a exclusão sistemática daqueles considerados loucos, já na sociedade contemporânea.

Entretanto, para atender as finalidades deste trabalho, a análise do fenômeno da Loucura deve se ater ao seu processo de **institucionalização e positivação**, para que, então, seja possível estabelecer críticas e propostas eficazes ao atual tratamento dirigido às pessoas com transtornos mentais a partir da legislação atualmente em vigor no país.

Nesse sentido, se o processo de institucionalização da loucura no Ocidente for compreendido através da internação compulsória daqueles considerados *loucos*, *insanos* ou *alienados*, é possível estimar o século XVII como o início de tal fenômeno, em um período em que hospitais, asilos e manicômios serviam ao propósito primordial de expurgar não apenas o doente mental da sociedade, mas, também, várias outras categorias marginais que se agrupavam em torno dessas e outras denominações, que nem sempre obedeciam a critérios objetivos de classificação.

O modo de internamento destinado a essas pessoas teria derivado, segundo Foucault, das experiências adquiridas na Alta Idade Média até o início da Modernidade, com os leprosários, que, durante esse período, se espalharam por toda a Europa (FOUCAULT, 2005, p. 53). Segundo o autor, o regime de isolamento implantado nesses lugares passou, gradativamente, a ser dirigido aos portadores de doenças venéreas e em seguida aos *loucos*.

Observa-se, porém, que se em um primeiro momento os leprosários tinham um sentido funcional estritamente médico, muitas outras funções foram se aglutinando a esta causa principal, e os mecanismos de separação e aprisionamento passariam a ganhar outras significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais.

Com o decorrer do tempo, estas causas se projetaram analogicamente ao tratamento dos doentes mentais. Assim, mesmo superado os surtos de lepra na Europa ao final do século XV, as estruturas destinadas ao tratamento e isolamento dos enfermos permaneceram, ganhando, todavia, uma nova clientela. Desse modo, segundo Foucault:

[...] desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tardes. Pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social (2005, p. 6-7).

Dessa maneira, é possível perceber que a experiência de isolamento destinada aos leproso na alta Idade Média foi aprimorada, passando a ser direcionada, no decorrer da Idade Moderna, aos *alienados*. Nos anos subsequentes, a Europa (muito especialmente a França e a Inglaterra), observou o surgimento de inúmeras casas de internamento, entretanto, a finalidade da internação direcionada ao doente mental passou a se afastar cada vez mais do sentido médico que era atribuído aos leprosários, vindo a recuperar tal função apenas a partir do final do século XVIII.

Até então, a assistência e repressão eram confundidas em torno do fenômeno do exílio da loucura, de modo que o desejo de ajudar, a necessidade de reprimir, o dever de caridade e a vontade de punir eram concentrados em um único instituto: a Loucura, cujas manifestações deveriam ser necessariamente isoladas e/ou punidas (FOUCAULT, 2005, p. 53).

Importante ressaltar, quais eram, naquele período, as categorias destinadas a povoar tais lugares de isolamento. Se até então a exclusão era destinada aos portadores de doenças

contagiosas com a finalidade de evitar um surto epidêmico, o diagnóstico da loucura veio trazer um novo campo de aplicação, embora não totalmente distinto. Com isso, procurou-se expurgar não apenas o doente, mas, também, o inapto, o mendigo, o ocioso, e todas as categorias marginais que não se adequassem a nova lógica de trabalho que se empunha no mundo moderno.

Assim, não houve grandes dificuldades em alocar todos estes contingentes de pessoas em torno do diagnóstico da loucura para, a partir de então, apartá-los sistematicamente da sociedade. Dessa maneira, a loucura surgia com um novo propósito, qual seja:

[...] organizar uma unidade complexa, uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres de assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação (FOUCAULT, 2005, p. 56).

Todos esses temas estarão diretamente presentes na construção das casas de internamento e em sua organização. Serão eles que darão sentido ao ritual de isolamento e explicarão, em certa medida, o modo pelo qual a loucura passou a ser vivida e percebida pela sociedade europeia, e, posteriormente, por todo o ocidente. A loucura, assim, passaria a ser, frequentemente, confundida ou associada à pobreza e ao vício.

Segundo esses critérios, cada interno seria colocado em um campo de valoração ética, em uma concepção moral que o condenava à exclusão, através de uma privação de liberdade que se justificava duplamente: como benefício e como punição. Assim, a internação seria, ao mesmo tempo, recompensa e castigo, “conforme o valor moral daqueles sobre quem seria imposta” (FOUCAULT, 2005, p. 61) e, sobretudo, sobre os valores de quem a impunha.

Dessa maneira, a internação em espaços asilares passaria a ser justificada muito mais como uma medida de cunho moral ou *humanitário* do que pelos tratamentos propriamente medicinais ou terapêuticos destinados aos internos, que apenas começariam a ser desenvolvidos e aplicados nesses espaços a partir do século XIX. Até então, a principal finalidade de tais instituições seria fazer com que os internados continuassem excluídos da comunidade em geral, ou seja, através do confinamento institucional, buscava-se impedir que o sujeito internado voltasse ao convívio mais amplo em sociedade.

Nesse mesmo sentido, Erving Goffman (1974), autor de uma das obras mais populares e relevantes sobre a matéria, ao cunhar o conceito de *instituições totais*, identificou

entre os espaços de total exclusão social, os hospitais para doentes mentais, associando-os, tal como Foucault, aos locais destinados a outras categorias marginais:

[...] as instituições totais em nossa sociedade podem ser, grosso modo enumeradas em cinco agrupamentos: [dentre estes] há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas, e **que são também uma ameaça à comunidade**, embora de maneira não intencional; **sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários** (GOFFMAN, 1974, p. 16-17).

Para Goffman, uma instituição total poderia ser definida como um local de residência e trabalho onde “um grande número de indivíduos com situação semelhante, separada da sociedade mais ampla, por um longo período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (1974, p. 11). Nesse sentido, mais do que uma consequência, o principal objetivo de uma instituição total seria excluir os seus internos do restante da sociedade e suspender a possibilidade de manifestações do *eu*, a partir do controle total sobre aquelas pessoas que dela faziam parte. Desse modo:

a instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu (GOFFMAN, 1974, p. 22).

Para atingir tal desiderato, além do aparato burocrático e jurídico a partir do qual buscariam legitimidade para sua própria existência, as instituições totais contariam ainda com um especializado sistema de coerção e controle, que não raramente eram exteriorizados a partir de barreiras físicas:

[...] toda instituição tem tendência de “fechamento”. Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais fechadas do que outras. Seu fechamento ou caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída, que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais* [...] (GOFFMAN, 1974, p. 16, grifos do autor).

É necessário ressaltar que instituições com tais características ainda podem ser perfeitamente visualizadas na atualidade, passando a contar, conduto, com formas menos

visíveis, mas não menos efetivas de exclusão e confinamento. Nesse sentido, segundo Goffman, “nas instituições totais há uma divisão fundamental entre um grupo controlado (internado) e a equipe dirigente responsável pelo controle das ações e rotinas daqueles internados” (1974, p. 18). Essa relação prolongada no tempo, tende a criar uma situação de dependência do internado para com a instituição e, como consequência, a impossibilidade ou dificuldade de que venha a adquirir os hábitos esperados na sociedade exterior.

Assim, além do efeito estigmatizador gerado pela internação, a privação que o internado passa a sofrer a partir do momento que adentra em tais espaços, faz com que frequentemente desenvolva certa alienação em relação à sociedade civil, que pode se exteriorizar através do desejo de permanecer internado, representando uma forma mais elaborada de coerção, direcionada não apenas ao corpo, mas, sobretudo, à mente e à moral do indivíduo.

Essa alienação pode se desenvolver independentemente do motivo que levou o paciente a ser internado, constituindo um efeito secundário da internação, representando, ademais, uma forma tácita de exclusão social, muito mais afeta ao próprio internamento do que à suposta ou eventual enfermidade do internado.

A partir disso, e da possibilidade de controle sobre as ações do interno, busca-se a diminuição do seu *eu*, de sua vontade e autonomia, e da sua própria condição de pessoa humana. Esse processo de despersonalização, implica, em uma relação de dependência entre internado e instituição, gerando, como consequência, grandes dificuldades para a sua reintegração social.

Como se busca evidenciar, a existência de instituições totais, nos moldes percebidos por Goffman, constituem, na verdade, frutos de um longo processo histórico, bastante rico em detalhes e acontecimentos que remetem à enorme tradição ocidental, sobretudo, europeia, de exclusão e confinamento do doente mental, que gradativamente se espalharia por todo o globo.

Contudo, ao tratar sobre o tema da institucionalização, é necessário fazer referência ainda, a outro processo, que se remete não apenas aos espaços físicos de exclusão e isolamento, mas, sobretudo, ao aparelhamento burocrático estatal a partir do qual se buscou dar legitimidade à existência e funcionamento de tais espaços.

A princípio, é possível perceber uma forte simetria entre a finalidade de tais instituições e o aspecto coercitivo, de natureza estritamente sancionatória do Estado Moderno, que, a partir da institucionalização de certa noção de *ordem*, buscou assegurar um modelo social, que passou a ser cada vez mais determinado por questões econômicas, assim como caracterizado por uma crescente urbanização populacional. Tal processo, inevitavelmente,

acabou por gerar um fenômeno de *higienização social*, que, no campo normativo, caracterizou-se por um modelo de segregação cada vez mais funcional e especializado.

Dessa forma, o ordenamento jurídico tratou de especificar e sancionar as condutas que, a princípio, não seriam desejadas manter sua prática em sociedade, especificando, do mesmo modo, o local de destinação para cada indivíduo *transgressor*. Para assegurar o cumprimento de tais normas, assim como para evitar que a sociedade sofresse os prejuízos de manter tais indivíduos em seu meio, destinou-se às *instituições* o papel de reconduzir ou readaptar o sujeito à sociedade, mediante um exaustivo processo disciplinar, que contaria com o auxílio de mecanismos propiciados pela própria mente humana, quando em estados extremos de solidão e isolamento (FOUCAULT, 2000).

É possível perceber, assim, que o processo de formação institucional das casas de isolamento, precedeu ao processo de cientificação ou positivação da loucura, a partir da criação de instituições específicas para a internação de doentes mentais. Até então, o internamento de pessoas acometidas por doenças mentais se dava de maneira quase arbitrária, englobando não apenas as pessoas que, de fato, eram portadoras de transtornos mentais, mas também todo um contingente de sujeitos que não se amoldavam à lógica de uma sociedade de trabalho cada vez mais complexa. Deste modo, de forma progressiva e sistemática, o internamento passaria a representar a eliminação espontânea dos *a-sociais* (FOUCAULT, 2005, p. 79), e os espaços a eles destinados “passariam a atuar como depósitos, para aqueles considerados intratáveis ou socialmente desviantes” (THORNICROFT, 2010, p. 21).

Contudo, gradativamente, a loucura passou a ganhar um sentido patológico e médico cada vez mais especializado. Assim, além do processo de **institucionalização**, enfatizado até o momento, é necessário destacar ainda o processo de **positivação** da loucura, de modo a compreender o longo processo de isolamento do doente mental na sociedade ocidental.

Nesse sentido, se durante toda a Idade Moderna a loucura foi atribuída de forma arbitrária a certos indivíduos que não se amoldavam ao perfil da massa economicamente ativa da sociedade, o final do século XVIII trouxe uma sensível modificação na forma de conceber tal fenômeno. Durante tal período se observou um aperfeiçoamento científico da loucura, que passou, progressivamente, a ser considerada como enfermidade, cientificamente determinável e potencialmente curável. Dessa maneira, a positivação da loucura passa a ser compreendida como o protagonismo da ciência na identificação e tratamento das mais variadas manifestações patológicas relacionadas às doenças mentais. A partir desse fenômeno, a própria função

institucional das casas de isolamento será, em certo sentido, aperfeiçoada. Mas, até meados do século XX, esse aperfeiçoamento não significará nada mais do que uma otimização dos mecanismos de exclusão social destinados aos portadores de doenças mentais. Nesse sentido, de acordo com Foucault:

a loucura só escapou ao arbitrário para entrar numa espécie de processo indefinido para o qual o asilo fornece ao mesmo tempo policiais, promotores, juízes e carrascos. Um processo onde toda falta de vida, por uma virtude própria à existência asilar, torna-se crime social, vigiado, condenado e castigado; um processo cuja única saída é um eterno recomeçar sob a forma interiorizada do remorso (2005, p. 496).

Tal fenômeno também passaria por um longo processo de aperfeiçoamento. Com o início do século XIX, e com o advento das novas teorias científicas - sociais, psicológicas e médicas - sobre a matéria, passou-se a exigir que os locais de internação fossem destinados exclusivamente aos *loucos*, “nesses mesmos lugares em que décadas anteriores se pretendeu alojar os miseráveis, vagabundos e desempregados” (FOUCAULT, 2005, p. 73).

Como já foi destacado, desde o começo do fenômeno de internação, o portador de transtornos mentais teria seu lugar ao lado dos pobres e ociosos, voluntários ou não e, como estes, seriam submetidos ao mesmo tratamento, em uma espécie de coação uniforme direcionada a todos aqueles que não se adequassem à massa economicamente ativa da população. A grande crise de internação que precedeu a Revolução Francesa, teria, assim, misturado os *loucos* com toda uma população com as quais se lhes reconhecia algum parentesco. Nesse período, a experiência com a loucura pode ser associada com a obrigação geral do trabalho. As casas de internação, muito antes de se direcionarem ao tratamento de seus internos, representavam, na maioria das vezes, apenas um local de rejeição e isolamento para onde seria encaminhada toda a forma de desvio social e de comportamento.

Entretanto, a determinação científica da loucura que se desenvolveu durante o século XIX, procurou estabelecer critérios de divisão entre loucos e sãos. Buscou-se igualmente diferenciar os locais previstos para a exclusão de cada um deles. Os primeiros seriam destinados aos hospícios, asilos e manicômios², os segundos - desde que oferecessem perigo à ordem social - seriam destinados aos presídios ou às casas correcionais.

² Segundo Foucault (2005, p. 407), desde o final do século XVIII, o certificado médico tinha se tornado mais ou menos obrigatório para o internamento dos loucos em toda a Europa. O Autor exemplifica tal fenômeno a partir de uma passagem do regulamento de uma das instituições destinadas aos *doentes mentais*, denominada de Retiro, termo comum na Inglaterra para designar tais instituições: “No que diz respeito à admissão de doentes, a comissão deve, geralmente, exigir um certificado assinado por um médico...Deve-se estabelecer também se o doente está

Deste modo, gradativamente, operou-se um afastamento cada vez maior entre os espaços de tratamento destinados aos *loucos* ou *insanos* e aqueles direcionados aos criminosos em geral, de modo que o internamento passou a se justificar a partir de outros critérios que não mais os meramente sancionatórios³. Sob esse prisma, as instituições do século XIX, vivenciariam um novo status: a *assistência institucional*, destinada ao tratamento dos *enfermos de todo o gênero*, a partir da qual se pretendeu evidenciar o caráter médico, assistencial e clínico do internamento.

No Brasil, o marco institucional da assistência psiquiátrica situa-se em 1852. Nesse ano, foi inaugurado, pelo próprio imperador D. Pedro II, o hospício que recebeu seu nome, no Rio de Janeiro. A Instituição foi juridicamente constituída a partir do Decreto Imperial nº 82, de 14 de julho de 1841, *in verbis*:

Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência: hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de HOSPÍCIO PEDRO II o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, debaixo de minha imperial proteção, aplicando desde já para princípio de sua fundação o produto das subscrições promovidas por uma comissão da praça do comércio, e pelo provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir. Cândido José de Araújo Viana, do meu conselho, Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Império o tenha assim entendido e faça executar com os despachos necessários. Palácio do Rio de Janeiro, 18 de julho de 1841, 20 da Independência e do Império.

A instituição, segundo Heitor Resende (1987, p. 37), tinha capacidade para 350 pacientes e destinava-se a receber pessoas de todo o Império (um contrassenso, dadas as dimensões do território e as dificuldades de transporte e comunicação, na época). Ao se abrir, abrigava já 144 doentes, número que se elevou rapidamente até atingir a lotação completa pouco mais de um ano depois.

atingido por uma afecção, que não a loucura. É igualmente desejável que se acrescente um relatório indicando a quanto tempo o indivíduo está doente e, se for o caso, quais os medicamentos utilizados". No Brasil, como se verá adiante, o certificado médico prévio a internação só se tornará obrigatório com a promulgação do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.

³ Necessário ressaltar, contudo, que a noção de inimputabilidade ainda não se encontrava totalmente positivada. Deste modo, via de regra, durante grande parte do século XIX, o diagnóstico da loucura não escusava de responsabilidade o agente criminoso pelo crime cometido. Em tais casos, os sujeitos seriam direcionados aos presídios, não aos hospícios ou manicômios. Nesse sentido, segundo Foucault, alguns crimes, "*não [seriam] desculpáveis nem mesmo pela loucura; mereceriam a prisão pura e simples, a exclusão em tudo aquilo que ela pode ter de rigoroso, pois manifestam todos a mesma resistência à uniformização moral e social, que constitui a razão de ser do asilo*" (2005, p. 546).

Ainda segundo o autor, a superlotação, em curto espaço de tempo, costumava ser uma constante entre as recém-criadas instituições destinadas a atender tal público em meados do século XIX:

Asilos que, uma vez abertos, se viam, em curto espaço de tempo, assoberbados pela demanda, justificando o clamor por mais verbas e mais hospitais. Esta foi uma tendência constante ao longo de toda a história da assistência psiquiátrica até os tempos recentes (RESENDE, 1987, p. 37).

As concepções sobre a loucura no Brasil tiveram um desenvolvimento similar ao que se observava na Europa, e durante todo o século XIX se tornaria um campo fértil de aplicação das teorias científicas surgidas no velho continente. Entretanto, tais doutrinas nem sempre obedeciam a critérios estritamente científicos, utilizando-se da ciência, por vezes, apenas como um método de valoração e legitimidade para perpetuar antigas mentalidades e práticas sociais direcionadas aos portadores de transtornos mentais.

Algumas dessas teorias afetariam drasticamente a noção que se tinha sobre o doente mental e o tratamento a ele dirigido. Nesse sentido, importante frisar que data do século XIX, o surgimento da eugenia, ciência caracterizada pela aplicação genética e artificial às populações humanas⁴. O controle eugênico foi sugerido pela primeira vez, por volta de 1869, por Francis Galton, em sua obra *O Gênio Hereditário*. Segundo ele, pessoas com características consideradas boas deveriam ser encorajadas à procriação, mas aquelas que tivessem características negativas seriam desencorajadas ou mesmo proibidas de se reproduzirem. Havia, na verdade, uma prática de isolamento e expurgação destes últimos indivíduos, que quando diagnosticados com sintomas da loucura, seriam para sempre trancafiadas em clínicas destinadas a esse fim.

Concomitantemente ao surgimento da Eugenia, outra teoria similar ganhava status científico durante a segunda metade do século XIX, a Frenologia. Essa prática desenvolvida pelo médico alemão Franz Joseph Gall no início daquele século, consistia, até então, no estudo detalhado dos contornos da cabeça e das formas da face como indicadores de personalidade, inteligência e características individuais. No decorrer do século XIX, essa prática médica se tornou popular em toda Europa e também no Brasil, mas foi somente em 1859, com a associação

⁴ Segundo Lilia Moritz Schwarcz, “se é possível pensar nas teorias desses cientistas enquanto resultado de um momento específico, é preciso, também, entendê-las em seu movimento singular e criador [...]. [Deste modo], chamar tais modelos de “pré-científicos” seria cair em certo reducionismo, deixando de lado a atuação de intelectuais reconhecidos na época, e mesmo desconhecer a importância de um momento em que a correlação entre produção científica e movimento social aparece de forma bastante evidenciada” (1993, p. 17).

do método à origem racial do indivíduo, pelo antropólogo francês Paul Pierre Broca, que a Frenologia começou a se desenvolver enquanto ciência autônoma.

A produção teórica do médico italiano Cesare Lombroso seguia essas novas tendências. A partir de sua pesquisa e trabalhos científicos, ele propiciou a difusão da Frenologia na Europa e no Mundo. Em sua obra, *O Homem Delinquente*, publicada em 1876, Lombroso maximizou o escopo da ciência frenológica, ampliando o seu objeto de aplicação. A partir de então, a Frenologia passava a se associar não apenas à análise craniométrica e facial do indivíduo, mas incluía o estudo de todo seu conjunto anatômico, sua composição física, seus caracteres somáticos, além de sua composição racial para determinar os seus traços psíquicos e anímicos.

Dessa maneira, a Frenologia lombrosiana pretendia demonstrar que o desenvolvimento da delinquência e da loucura na sociedade europeia estava diretamente associado às raças estranhas que a ela se incorporavam. A lógica era simples. Primeiro buscava-se consolidar um discurso segregacionista, enfatizando uma suposta diferenciação dentro da própria sociedade: “eles falam diferente porque sentem diversamente; falam como selvagens porque são selvagens, vivendo no meio da florescente civilização europeia” (LOMBROSO, 2007, p. 181), para depois criar mecanismos que pudessem efetivamente afastar o elemento estranho da sociedade em geral.

Lombroso não foi tão extremo a ponto de propor a pena de morte, mas se mostrava favorável à prisão perpétua para esse fim. Surgia, assim, a figura do delinquente-nato: “na realidade, para os delinquentes-natos adultos não há muito remédio; é necessário isolá-los para sempre, nos casos incorrigíveis, e suprimi-los quando a incorrigibilidade os torna demasiado perigosos” (LOMBROSO, 2007, p. 8). A partir de então, a responsabilidade além de moral, ganharia uma conotação social, de modo que qualquer pessoa que representasse uma ameaça deveria ser alvo de repressão, se possível, antes mesmo da manifestação da loucura e/ou da delinquência.⁵

Vale ressaltar que não apenas as penitenciárias serviram a esse propósito, mas também os manicômios serviriam a finalidade de exilar o elemento indesejado da sociedade,

⁵ Nesse contexto, Foucault identifica o lugar comum dos discursos de associação entre “monstruosidade” e criminalidade, que estava em voga na Europa, mesmo antes de Lombroso. Segundo o autor, “*a criminalidade era, até meados do século XVIII, um expoente necessário da monstruosidade, e a monstruosidade ainda não era o que se tornou depois, isto é, um qualificativo eventual da criminalidade. A figura do criminoso monstruoso, a figura do monstro moral, vai bruscamente aparecer, e com uma exuberância vivíssima, no fim do século XVIII e no início do século XIX, ela vai aparecer nas formas de discursos e práticas extraordinariamente diferentes. O monstro moral eclode na literatura [...] Aparece também no mundo jurídico e médico*” (FOUCAULT, 2010, p. 64).

embora sob justificativas distintas. A figura do alienista consolidava-se, desta maneira, como um importante agente no melhoramento da espécie. Assim:

o grande médico do asilo [...] é ao mesmo tempo aquele que pode fazer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos postos em ato nos asilos do século XIX: isolamento, interrogatório público ou privado, tratamentos punitivos como a ducha, as obrigações morais, a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações de preferência entre certos médicos e certos doentes, as relações de posse, de subordinação, de vassalagem, de domesticação, de servidão do doente ao médico, tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o mestre da loucura: aquele que a faz aparecer em sua verdade (que explicita o que estava escondido e silencioso), aquele que a domina, a apazigua e a absorve depois de havê-la sabiamente desencadeado (FOUCAULT, 2001, p. 122).

Dessa forma, ao determinar quem deveria ser afastado da sociedade, o médico psiquiatra, a exemplo do próprio Lombroso, teria a função social de impedir a disseminação das características biológicas, genéticas e hereditárias impróprias para a construção de uma *raça superior*.

Tanto a Eugenia quanto a Frenologia foram buscar no Racialismo um critério de legitimação científica, apoiando-se nas teorias raciais de evolução biológica vigentes até então. Permaneceram assim associadas, até caírem em descrédito, a partir de meados do século XX, quando as atrocidades praticadas pelos nazistas, durante a Segunda Guerra Mundial, vieram à tona.

Uma outra característica comum a essas teorias estava ligada ao fato de ambas considerarem a loucura como uma epidemia, uma doença degenerativa, transmitida a partir do contato com as raças consideradas inferiores. A Frenologia corresponderia a um diagnóstico, dado a partir da análise das disposições genéticas de cada indivíduo, determinando sua inserção na escala hierárquica de evolução e denunciando a degeneração das raças miscigenadas. A Eugenia, por sua vez, representaria a cura, através de suas propostas de limpeza racial e social, por meio da seleção genética, do controle de reprodução das sociedades e do isolamento da enfermidade mental, o que significaria, a exclusão do próprio enfermo.

No Brasil, um dos principais representantes de tais concepções foi o psiquiatra e antropólogo Nina Rodrigues. Analisando a carreira e a vasta produção de Nina Rodrigues, podemos perceber uma similaridade profunda entre ele e a trajetória do italiano Cesare Lombroso. Ambos, além de seguirem a carreira médica, foram fortemente influenciados pelas

doutrinas racialistas, e tanto um quanto outro, traçaram relações entre a miscigenação racial, a loucura e a delinquência. Isto não ocorreu por acaso. O autor maranhense foi diretamente influenciado pela obra *O Homem Delinquente* (1876), de Lombroso. Porém, a grande originalidade de Nina Rodrigues foi aplicar as hipóteses ali defendidas ao contexto da sociedade brasileira.

No Maranhão, o primeiro hospital para doentes mentais foi fundado em 1941, e recebeu, não aleatoriamente, o nome de Nina Rodrigues. A homenagem ao médico e intelectual, consta em decreto, publicado em Diário Oficial, em 1941:

Considerando que o notável conterrâneo, de saudosa memória, dr. Raimundo Nina Rodrigues, constitui um dos maiores da classe médica brasileira que dignou através de uma luminosa trajetória, na cátedra da faculdade de medicina da Baía, e no meio científico nacional;

Considerando em uma das mais brilhantes etapas da sua atividade profissional e científica foi precisamente a desenvolvida em prol dos doentes mentais, o que não deve ser esquecido pelas gerações que lhe sucederem;

Considerando que a denominação de Nina Rodrigues à nova Colônia de Psicopatas de São Luiz representará a um tempo, testemunho de reconhecimento e preito de admiração a quem se tornou credor da veneração dos seus compatriotas, DECRETA:

Artigo Único – fica denominada ‘Colônia Nina Rodrigues para Psicopatas’, o hospital-colônia construído pelo governo do Maranhão do lugar Dois Leões, subúrbio de São Luís, revogadas as disposições em contrário.

A partir de então, o Hospital Nina Rodrigues acabaria por adotar o tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais em voga na época, que consistia, basicamente, no isolamento do paciente. Mas, também, passaria a adotar um tratamento médico e farmacológico incipiente, com a implantação de práticas terapêuticas que buscava a reintegração dos doentes à sociedade. Importante ressaltar que a criação de um hospital dessa natureza era uma reivindicação antiga dos diversos setores da sociedade maranhense. Segundo a historiadora Adriana de Araújo Soares, a criação do hospital Nina Rodrigues:

[...] atendia às necessidades de pessoas pobres, que não sabiam como lidar com seus doentes, e os deixavam a vagar pelas ruas da cidade. Atendia a uma necessidade da elite que, preocupada com a urbanização e limpeza da cidade, viam com bons olhos uma forma de exclusão definitiva, oferecida pelo Estado. Atendia às necessidades de órgãos do governo (saúde e segurança pública) que não tinham mais como sanar tal lacuna e atendia a uma forma de satisfação social para com a nação, visto que o Maranhão era o único entre os principais Estados do nordeste que ainda não ofereciam um serviço psiquiátrico à sua população (2006, p. 40).

É possível observar, a partir do exemplo maranhense, que os hospitais especializados no tratamento de doentes mentais, transformar-se-iam, gradativamente, em um local de ciência, o qual os médicos utilizariam para suas pesquisas e aplicações. A partir de então, inicia-se um processo que passa analisar a loucura não apenas a partir por seu caráter essencialmente externo, ou seja, relacionamento ao grau de desordem social propiciado por suas manifestações, mas adentraria em seu âmbito interno, objetivando analisar as particularidades da enfermidade e suas implicações na saúde do próprio paciente. Desse modo, embora os métodos institucionais fossem mantidos, o objetivo clínico de tais instituições almejaria outros resultados, diferente daqueles identificados nas instituições prisionais, passando os enfermos a serem tratados de acordo com sua enfermidade. Nesse aspecto, segundo Foucault:

[...] sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária de tal maneira aos doentes que cada um encontra o que convém, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária das essências. Assim concebido, o hospital permite classificar de tal maneira os doentes que cada um encontra o que convém a seu estado, sem agravar, por sua vizinhança, o mal do outro, sem difundir o contágio no hospital ou fora dele (2008, p. 45).

Assim, gradativamente, as funções estritamente coercitivas, punitivas e ressocializantes, anteriormente atreladas a tais instituições, passariam a disputar espaço com a busca pela cura dos diversos tipos de enfermidades mentais que passaram a ser identificadas e catalogadas nesse período⁶. Dessa maneira:

[...] se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão (FOUCAULT, 2001, p. 122).

Em termos clínicos, a função médica passou a ser instituída nas instituições de grande porte em diversos países europeus, pioneiramente na França e na Inglaterra. No Brasil, segundo Paulo Amarante (2003), a psiquiatria clássica herdada da Europa foi, por muito tempo, o modelo de assistência à saúde mental. Ressalta-se, porém, que mesmo a partir da nova

⁶ O procedimento de isolamento, contudo, permaneceria presente, e com ele toda uma prática estigmatizante que se exteriorizaria a partir de todos os desdobramentos possibilitados por uma tentativa de controle social a partir do confinamento do elemento diferenciado, já que, notoriamente, “a loucura, conforme as ideias do século XVIII é uma doença nem da natureza, nem do homem, mas da sociedade” (FOUCAULT, 2005).

perspectiva médica, em que se priorizou o aspecto clínico e terapêutico da internação, advirá novas problemáticas, demonstrando que o tratamento direcionado às pessoas com transtornos mentais ainda estaria longe do ideal. Nesse sentido, segundo Amarante:

o modelo restringe o espaço da atenção à saúde à sua natureza biológica e organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social, incentiva a especialização médica, minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico clínico; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica, consolida o curativismo por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa (2003, p. 11).

No Brasil, esse processo se reproduziu ao longo de todo o século XX, período no qual foram construídos vários hospitais psiquiátricos junto aos grandes centros urbanos do país. Essas instituições continuariam sendo pautadas na exclusão, herdeiras de toda uma tradicional manicomial europeia, e mesmo com o advento de uma consciência direcionada ao tratamento clínico dos internos, os processos interventivos, via de regra, seriam pautados, quase exclusivamente, em práticas terapêuticas medicamentosas e/ou restritivas.

Tal realidade, apenas começou a se modificar a partir das últimas décadas do século XX, com o protagonismo dos movimentos sociais que lutaram pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil⁷. Porém, no campo normativo, apenas no início do século XXI, adviria legislação específica voltada à proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, com a promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que não apenas visa regular o processo de internamento, como algumas das normas que a antecederam o fizeram, mas também objetiva redirecionar o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, almejando um modelo de tratamento para fora dos muros, de caráter anti-institucionalizante e antimanicomial.

Vê-se, portanto, que se trata de uma lei relativamente recente, que traz em seu bojo uma proposta ambiciosa, o que evidencia que o país ainda se encontra em meio a um processo de desinstitucionalização do tratamento direcionado às pessoas portadoras de transtornos mentais, tema esse que será melhor explorado nos capítulos subsequentes.

⁷ Dentre eles, destaca-se o protagonismo do Movimento da Reforma Psiquiátrica, do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) e do Movimento Sanitário, “os quais após duas décadas protagonizando intensa luta e mobilização junto à sociedade civil e ao Estado, conseguem a legalização das suas reivindicações, o reconhecimento jurídico dos seus direitos e a aquisição da cidadania” (MUSSE, 2008, p. 41).

2 PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA QUESTÃO TERMINOLÓGICA (?)

Como foi possível observar no capítulo anterior, a história da loucura no ocidente foi marcada por um amplo processo de exclusão e estigmatização direcionado aos sujeitos a quem se imputavam tal diagnóstico. Nesse contexto, a utilização de termos como *louco*, *maníaco*, *insano*, *retardado*, *débil mental*, dentre outros, hodiernamente empregados para se referir às pessoas portadoras de transtornos mentais, presentes tanto na literatura médica e jurídica quanto no linguajar do público leigo em geral, passaram a ganhar, gradativamente, um sentido pejorativo e degradante.

No Brasil, a introdução de termos como esses pode ser percebida a partir das Ordenações do Reino, que, durante o período colonial e parte do Império, determinaram a ordem jurídica no país. Nas Ordenações Filipinas, por exemplo, aqueles que manifestassem algum grau de *loucura* receberiam várias denominações a depender da situação jurídica tutelada, sendo ali contemplados os *desassisados*, *sandeus*, *mentecaptos* ou *furiosos* e, ainda, os *desmemoriados* e os *pródigos* (Ordenações Filipinas. Dos Curadores que se dão aos pródigos e mentecaptos. Livro 4, título 103).

Segundo Romeu Kazumi Sasaki, a razão para tal diversidade de denominações, assim como para as modificações conceituais que se estabeleceram no decorrer do tempo, se justifica pelo fato de que “em cada época são utilizados termos cujo significado seja compatível com os valores vigentes em cada sociedade” (2003, p. 12). Por outro lado, através dos exemplos acima colacionados, não se pode deixar de notar que, em alguns casos, a valoração negativa já se encontrava presente desde a gênese da utilização de tais termos.

Porém, com o processo de humanização do tratamento direcionado a tal público, as diversas áreas do conhecimento buscarão adotar conceitos moralmente menos discriminatórios para se referir a tais sujeitos. Tal processo, como será analisado, também pode ser historicamente percebido e identificado, representando uma longa e contínua tentativa de classificação e enquadramento taxonômico, não apenas das várias espécies de enfermidades mentais, mas também dos indivíduos que as manifestam.

No campo da medicina, talvez a primeira tentativa de se atribuir um caráter científico para a loucura, se deu com Philippe Pinel (1745/1826), que buscou através da linguagem e do uso de novas conceituações, criar um campo científico no qual a loucura seria

substituída por um novo ramo da ciência destinado à cura e ao tratamento dos doentes mentais, vindo a representar o embrião da Psiquiatria.

Nesse contexto, Lancetti e Amarante (2006) afirmam que o termo *alienação mental* foi conceituado por Pinel e usado na medicina para substituir o termo *loucura*⁸. Segundo Eduardo Henrique Torre e Paulo Amarante:

sabemos que Pinel foi influenciado por Linnaeu, pai da Botânica, e que **o alienismo nasce da ideia de que é preciso “nomear para conhecer” – princípio básico que sustenta a taxonomia botânica – o que se torna um princípio da própria ciência moderna, em seu ideal de cientificidade e neutralidade. A classificação é fundamental para a constituição do alienismo como ciência, também chamado de medicina mental** e que nasce junto ao asilo de alienados mentais, instituição destinada à cura do alienado mental que perdeu o juízo de si e o juízo da realidade (2011, p. 12, grifos nossos).

Observa-se, deste modo, que para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento e prática científica, foi necessária toda uma reorganização epistemológica que passava, necessariamente, por uma reestruturação no próprio campo linguístico. Deste modo, “foi preciso abrir a linguagem a todo um domínio novo: o de uma correlação contínua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável” (FOUCAULT, 2008, p. 216).

A partir de então, com o enfraquecimento gradual do fenômeno do “grande enclausuramento” e o advento do alienismo pineliano, ocorre a inauguração de uma nova forma de relação com a loucura, que passa a ser intermediada pela emergência de um novo saber denominado *alienismo* ou *medicina mental*, candidato a um estatuto de cientificidade, que seria sempre questionado, mesmo quando mais reconhecido sob a forma posterior de psiquiatria ou de clínica psiquiátrica (TORRE; AMARANTE, 2011, p. 4).

Através dessas novas acepções terminológicas, é possível identificar, ainda, um enriquecimento no intercâmbio conceitual entre as teorias médicas e a dogmática jurídica, de modo que as respectivas áreas do conhecimento acabavam por se legitimarem reciprocamente, ao utilizarem, cada qual, conceitos e termos provenientes uma da outra, criando, assim, novos sujeitos de direito e objetos de análise científica.

⁸ Alienação é um termo de origem latina, proveniente de *alienatiu* que significa separação, ruptura, delírio, estar fora de si, fora da realidade, podendo ainda ser empregado como alienígena no sentido de estrangeiro (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 620).

Na legislação Brasileira, a primeira referência ao termo *alienado* pode ser observada a partir de uma das primeiras normas republicanas a tratar sobre a questão, qual seja, o Decreto nº 896, de 29 de junho 1892, que *Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços de assistência médico-legal de alienados*. A principal inovação trazida pelo decreto será o advento das colônias agrícolas, onde os doentes desenvolveriam atividades laborais, aliando-se, assim, aos hospícios, como local de internação e tratamento direcionado aos internos. Porém, conforme assevera Luciana Barbose Musse:

ambos [colônias agrícolas e hospícios] são modalidades de assistência que mantêm o louco excluído do convívio social e lhe confere um estatuto de menoridade social, atestado pelo médico, que passa a ser essencial não apenas no hospício, mas também adquire um papel fundamental na família, nas instituições e em toda a sociedade. É a limitação da autonomia e da subjetividade dos loucos efetuada pela psiquiatria com o auxílio do Direito (2008, p. 35).

Contudo, o disciplinamento médico-jurídico do doente mental, passará por uma mais ampla e profunda transformação, com o advento do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que *Reorganiza a assistência a alienados*. A promulgação de tal decreto marcará o início da primeira grande reforma psiquiátrica no país, sendo bastante perceptível, em seu próprio texto, a gradual mudança de postura em relação à identificação e ao tratamento da doença mental. Abaixo, segue transcrição de trechos do referido decreto:

DECRETO N. 1132, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1903

Reorganiza a Assistencia a Alienados

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil:

Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a resolução seguinte:

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.

Como se observa a partir da leitura do artigo 1º da referida norma, a internação dos *alienados* continuou a ser justificada a partir de uma perspectiva essencialmente externa, como forma de resguardar a ordem pública e a segurança das pessoas em geral, demonstrando, a princípio, pouca ou nenhuma preocupação quanto às particularidades da enfermidade do interno ou ao restabelecimento de sua saúde.

Contudo, com a análise dos parágrafos que compõem o referido dispositivo, é possível perceber um maior protagonismo dos saberes institucionalizados em relação a definição ou diagnóstico do que seria *moléstia mental* ou, ainda, o que determinaria a *alienação* de um indivíduo, característica essa que pode ser melhor observada a partir do artigo subsequente:

Art. 2º A admissão nos asylos de alienados far-se-ha mediante requisição ou requerimento, conforme a reclame autoridade publica ou algum particular.

§ 1º No primeiro caso, a autoridade juntará á requisição:

- a) uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, domicilio, signaes physicos e physiomicos do individuo suspeito da alienação, ou a sua photographia, bem como outros esclarecimentos, quantos possa colligir e façam certa a identidade do enfermo;
- b) **uma exposição dos factos que comprovem a alienação, e dos motivos que determinaram a detenção do enfermo, caso tenha sido feita, acompanhada, sempre que possível, de attestados medicos affirmativos da molestia mental;**
- c) **o laudo do exame medico-legal, feito pelos peritos da Policia, quando seja esta a requisitante.**

§ 2º No segundo caso, sendo a admissão requerida por algum particular, juntará este ao requerimento, além do que os regulamentos especiaes a cada estabelecimento possam exigir:

- a) as declarações do § 1º, letra a, documentadas quanto possível;
- b) **dous pareceres de medicos que hajam examinado o enfermo 15 dias antes, no maximo, daquelle em que for datado o requerimento, ou certidão de exame de sanidade.**

Percebe-se a partir dos exemplos destacados acima, que a confluência entre os saberes médicos e legais tiveram um papel determinante na classificação e no tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais em inícios do século XX, vindo a representar, ainda, importantes instrumentos de justificativa e legitimação para a internação de tais indivíduos.

Todavia, observa-se que tal fenômeno nem sempre se manifestou de maneira progressiva e linear. No Código Civil de 1916, por exemplo, a expressão empregada para

designar tais sujeitos será “*loucos de todo gênero*”, termo também presente no Código Criminal do Império, de 1830.

Tal descompasso entre as terminologias utilizadas em diferentes normas, em períodos próximos ou equivalentes (o advento do Código Civil de 1916 foi posterior ao Decreto nº 1.112 de 1903, porém ambos partilharam um período amplo e intersectivo de vigência), demonstra uma certa resistência, também no campo legiferante, em adequar a ordem jurídica aos novos padrões conceituais e científicos em voga na época. Tal evidência constitui-se ainda como um poderoso instrumento para a compreensão do estatuto jurídico conferido ao doente mental, pela sociedade e pelo Estado brasileiro, nas primeiras décadas do século XX.

Outra norma que regulará a matéria será promulgada alguns anos depois, já no Período Vargas, a partir do Decreto nº 24.559, de 03 de julho 1934, que *Dispõe sobre a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas*, que abordará a questão de maneira mais abrangente.

Nota-se, a partir do próprio título do decreto, uma mudança na nomenclatura utilizada para designar tais sujeitos, que será acompanhado por uma nova perspectiva, enfaticamente patrimonialista, que visará não apenas a proteção do enfermo, mas também de seus bens. Com isso, procurou-se evitar que a enfermidade mental fosse imputada de maneira aleatória ou arbitrária ao indivíduo, ou ainda, que fosse utilizada apenas como subterfúgio empregado por terceiros para dilapidar ou dispor livremente dos bens do doente mental, mormente após sua internação involuntária e/ou compulsória, o que representou um avanço em comparação às normas anteriores sobre o tema, que nada dispuseram sobre o patrimônio dos *alienados*.

Dentre os termos utilizados para designar os destinatários da proteção resguardada pela referida norma, além de *psicopatas*, encontravam-se presentes as expressões *menores anormais* (Art. 3º, § 2º) e *doentes com distúrbios mentais* (Art. 3º, § 3º).

Importante frisar, que o mencionado decreto vigeu por mais de seis décadas, demarcando a segunda grande reforma psiquiátrica do país, trazendo reflexos na assistência psiquiátrica, instituindo novas modalidades de serviços, de caráter ambulatorial, serviço de profilaxia mental, dentre outros, “o que romperia com o monopólio - em tese - do hospital psiquiátrico” (MUSSE, 2008, p. 38).

Dando continuidade à análise dos conceitos historicamente utilizados para designar tal grupo de indivíduos no ordenamento jurídico pátrio, observa-se ainda a presença do termo *excepcional*, empregado, pela primeira vez, na Emenda Constitucional nº 1 de 1969 (Art. 175, § 4º). Tal terminologia, apesar de denotar uma incipiente sensibilidade a problemática em

análise, ao ser contrária aos excessos dos termos até então utilizados, acabou por suavizar demais a questão, representando, em verdade, um eufemismo, pouco preciso na determinação dos objetos ou dos sujeitos a que se refere⁹.

Por conta disso, apesar de ser um termo recorrente até mesmo nos dias atuais, estando presente, inclusive, no atual Código Civil (art. 4º, III), alguns autores, a exemplo de Kazumi Sasaki (2008) e Luiz Alberto Araújo (2011), consideram o seu uso problemático, sendo considerado até mesmo desaconselhável, haja vista que, segundo os autores, a matéria deve ser tratada da maneira mais comum possível, mormente pelo Direito, que precisa trabalhar com dados da realidade, a partir da utilização da linguagem mais adequada a situação de fato.

Nesse aspecto, é possível identificar na Emenda Constitucional nº 12, de 17 de outubro de 1978 (que modificou a Constituição de 1967), outro termo, mais incisivo, que, à primeira vista, poderia englobar as *peessoas portadoras de transtornos mentais*, qual seja, o termo *deficiente*, que, como gênero, englobará a espécie *deficiente mental*.

Nesse ponto, porém, é necessário destacar que tanto o termo *deficiente/deficiente mental*, quanto suas variações posteriores, embora possam parecer se remeter também às *peessoas portadoras de transtornos mentais*, referem-se, na verdade, a categorias jurídicas distintas desta última.

Não obstante, é verdade que, em algumas ocasiões, o conceito de *portador de transtornos mentais*, irá ser, de fato, abrangido pelo conceito de *deficiência mental*, havendo, em tais casos, um verdadeiro alargamento do âmbito de incidência da proteção normativa, que a princípio, seria destinado apenas a essa última categoria¹⁰. Contudo, antes de adentrar em tal questão, é necessário se fazer algumas breves considerações acerca da terminologia utilizada para designar os novos sujeitos de direitos originados a partir da proteção normativa advinda com a já mencionada emenda à Constituição de 1967, direcionada aos *deficientes*, a fim de destacar as diferenças e similaridades entre os sujeitos de direitos protegidos pelas respectivas normas.

Primeiramente, é preciso ressaltar que sob a denominação de *deficiente*, buscou-se aprimorar a proteção destinada a um grupo específico de indivíduos, que por limitações físicas

⁹ Ao comentar o art. 175 da Constituição Federal de 1967 e de sua Emenda nº 1, Pontes de Miranda assim se referia ao termo *excepcional*: “excepcional está aí, por pessoas que, por faltas ou defeitos físicos ou psíquicos, ou por procedência anormal (nascido, por ex., em meio social perigoso), precisam de assistência” (MIRANDA, p. 333).

¹⁰ Em alguns casos, também pode ocorrer o inverso: o conceito de pessoa com deficiência pode ser abrangido pelo conceito de portador de transtorno mental, haja visto que é recorrente que pessoas com deficiência apresentem em algum momento da vida, algum transtorno mental. Como será visto adiante, em algumas classificações internacionais de doenças, a deficiência mental será analisada como uma espécie de transtorno mental, sendo portanto, abrangido por tal designação.

ou mentais, necessitariam de tratamento diferenciado pelo ordenamento jurídico, o que explicaria a sua inclusão no texto constitucional de 1967. Com isso, apesar de não haver menção expressa ao princípio da isonomia material na referida Constituição¹¹, objetivou-se, a partir da supramencionada emenda constitucional, amenizar as notórias discrepâncias sociais, econômicas e educacionais existentes entre tal grupo de sujeitos e o restante da sociedade.

Esta primeira tentativa de proteção e inclusão do *deficiente* terá um enfoque essencialmente assistencialista, como é possível observar da leitura da referida Emenda Constitucional, *in verbis*:

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 12, DE 17 DE OUTUBRO DE 1978.

Assegura aos Deficientes a melhoria de sua condição social e econômica.

AS MESAS DA CÂMARA DOS DEPUTADOS E DO SENADO FEDERAL, nos termos do artigo 49 da Constituição Federal, promulgam a seguinte emenda ao texto constitucional:

Artigo único - É assegurado aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica especialmente mediante:

I - educação especial e gratuita;

II - assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica e social do país;

III - proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários;

IV - possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.

Brasília, em 17 de outubro de 1978.

Por sua vez, no texto da Carta de Política de 1988, o termo expressamente utilizado para se referir a tal grupo de indivíduos será *pessoa portadora de deficiência*, que em relação ao termo anteriormente citado (*deficiente*), teria o condão de diminuir o estigma da deficiência, ressaltando o conceito de pessoa; “sendo mais leve, mais elegante, além de diminuir a situação de desvantagem que caracteriza esse grupo de indivíduos” (ARAÚJO, 2011, p. 15).

¹¹ A Constituição Federal de 1967, mesmo com suas alterações posteriores, apenas previa a isonomia formal, através da expressão “todos são iguais perante a lei” (Art. 150, § 1º, CF/1967), não fazendo menção, assim, a igualdade material, tal como ocorre na atual Constituição, onde a igualdade é também considerada um direito fundamental, ao lado de outros, previsto na parte final do *caput* do seu art. 5º.

Com essa nomenclatura, buscou-se, ainda, resguardar a própria dignidade humana, fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, CF/88), ressaltando o conceito de pessoa e diminuindo a desvantagem e o preconceito geral por abordagem, que, até então, reduzia a pessoa à sua deficiência (FEIJÓ, 2002).

Porém, com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que ingressou no sistema constitucional brasileiro por força do Decreto Legislativo nº 186 de 09 de julho de 2008 e do Decreto de Promulgação nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, a expressão supostamente mais adequada passou a ser “*pessoa com deficiência*” (e não mais *pessoa portadora de deficiência*), mormente pelo fato de a referida norma ter adentrado no ordenamento pátrio com status de emenda constitucional. Deste modo, segundo Luiz Alberto David Araújo:

com a aprovação da Convenção, que tem equivalência com a Emenda à Constituição, por força do parágrafo terceiro, do artigo quinto, da Constituição Federal, a terminologia nova revogou a antiga. Assim, apesar de os textos impressos trazerem a expressão “*pessoa portadora de deficiência*”, a aprovação da Convenção, com status equivalente a Emenda Constitucional, tratou de alterar o dispositivo constitucional. Assim, a Constituição deveria já estar retificada para “*pessoa com deficiência*”, nome atual, constante de norma posterior, convencional, de mesmo porte de uma emenda (2011, p. 16).

Vê-se assim, que a ideia de *portar* ou *conduzir* deficiência, a partir de uma perspectiva estritamente normativa, deixou de ser a mais adequada, devido, principalmente, ao ingresso da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no ordenamento jurídico brasileiro. Porém, como não houve a substituição expressa do termo *portador de deficiência* nas várias passagens que tratam sobre o tema no texto original da Constituição¹², assim como na legislação extravagante anterior e posterior à Carta Política de 1988, não há, em tese, qualquer problema no emprego de ambas as expressões, tendo em vista a existência concomitante de tais termos na atual ordem constitucional brasileira¹³.

Necessário ressaltar, ainda, que o termo *portador* também se faz presente na Lei nº 10.216/2001, nesse contexto, para designar não a *posse da deficiência*, mas sim, *de transtornos*

¹² Artigos 7º, XXXI; 23, II; 24, XIV; 37, VIII; 203, V; 227, § 2º, e 244 da Constituição Federal.

¹³ Não obstante, no campo normativo infraconstitucional, visualiza-se uma tendência cada vez maior de substituição dos termos empregados para se referir a tais sujeitos de direito, prevalecendo a utilização da terminologia supostamente mais adequada “*pessoa com deficiência*”, a exemplo têm-se a **Portaria da Presidência da República - Secretaria de Direitos Humanos, Nº 2.344, de 3 de novembro de 2010**, que expressamente, substitui, no âmbito do Regimento Interno do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CONADE, o termo *pessoa portadora de deficiência*, para *pessoa com deficiência*.

mentais.

Como já enfatizado anteriormente, tais distinções terminológicas ensejarão, igualmente, uma distinção jurídica entre os respectivos sujeitos de direito (*peçoas portadoras de deficiência* ou *com deficiência* e *peçoas portadoras de transtornos mentais*), que por sua vez, serão protegidos por normas igualmente distintas, a depender da condição dos sujeitos aos quais as normas se referem.

Nesse sentido, segundo a Declaração dos Direitos das Peçoas Deficientes (Resolução da ONU nº 2.542/75), “o termo **peçoas portadoras de deficiência**, identifica aquele indivíduo que, devido a seus “*déficits*” físicos ou **mentais**, não está em pleno gozo da capacidade de satisfazer, por si mesmo, de forma total ou parcial, suas necessidades vitais e sociais, como faria um ser humano normal” (artigo 1º, *caput*, grifos nossos).

Por sua vez, a Organização dos Estados Americanos (OEA), por meio da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Peçoas Portadoras de Deficiência, assinada pelo Brasil em 1999¹⁴, define deficiência como “**uma 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” (artigo I, grifos nossos).

Já o Decreto nº 3.298, de 20/12/1999, com redação dada pelo Decreto nº 5.296, de 2004, é ainda mais específico, distinguindo várias espécies de deficiências, sendo elas: a deficiência física (art. 4º, I), a deficiência auditiva (art. 4º, II), a deficiência visual (art. 4º, III), e a deficiência mental (art. 4º, IV). Refere-se, ainda, a deficiências múltiplas (art. 4º, V), que nada mais seria do que a associação entre duas ou mais das deficiências anteriormente elencadas¹⁵.

Em relação a modalidade *deficiência mental*, foco da presente análise, de acordo com o referido decreto, a incidência de tal categorização estaria condicionada à manifestação de um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, anterior aos 18 (dezoito)

¹⁴ Tal norma foi incorporada ao sistema legislativo brasileiro a partir da aprovação do seu texto pelo Decreto Legislativo nº 198, de 13 de junho de 2001, e por sua promulgação pelo Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, ingressando no ordenamento jurídico pátrio com status de lei ordinária.

¹⁵ Luiz Alberto David Araújo (2007) aduz que o decreto regulamentar não pode definir quem é pessoa com deficiência, ou seja, quem está amparado pelo benefício constitucional da proteção, pois somente a lei pode criar direitos e obrigações, cabendo ao decreto a função de operacionalizá-la. No caso em análise, tanto o Decreto nº 3.298 quanto suas alterações posteriores, suplementaram a Lei nº 7.853/89, uma vez que esta última não definiu quais seriam as deficiências objetos da proteção jurídica por ela própria propostas, representando uma grave omissão legislativa, que posteriormente foi suplementada pelos já mencionados decretos do Poder Executivo.

anos de idade, além de limitação em duas ou mais habilidades adaptativas, dentre as quais, as mencionadas no rol exemplificativo do referido dispositivo, *in verbis*:

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

[...]

IV - 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:

- 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;¹⁶

Observa-se que o referido dispositivo não indica qual(is) o(s) profissional(is) responsável(eis) por realizar o diagnóstico sobre as limitações associadas às habilidades adaptativas indicadas, o que na prática acaba por recair sob próprio julgador, dando-lhe uma grande margem de discricionariedade, ou então, ao médico perito indicado pelo juízo, de modo que a deficiência mental acaba por ser tratada a partir de uma perspectiva estritamente técnica e funcional, em que o reconhecimento normativo da deficiência é condicionado por seu reconhecimento clínico, sendo o contrário, em alguns casos, também verdadeiro.

Por fim, entre as normas que regulam a proteção destinada à *pessoa portadora de deficiência* ou *pessoa com deficiência*, cita-se a já mencionada Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo¹⁷. Tal Convenção, em seu artigo 1º, embora não conceitue quem seria, especificamente, as *pessoas com deficiência*, inclui um rol de sujeitos abrangidos sob tal designação, conforme transcrição do trecho a seguir: “[...] ***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

¹⁶ Tal categorização é repetida, *ipsis litteris*, pelo Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que “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.

¹⁷ Trata-se de única norma de Direito Internacional, até o momento, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status de emenda constitucional, pelo rito previsto no art. 5º, parágrafo terceiro, da Constituição Federal. Foi incorporada ao ordenamento em 9 de julho de 2008, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 2008.

obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (grifos nossos).

Considerando a grande rede normativa de proteção à pessoa com deficiência, alguns doutrinadores, a exemplo de Luciana Barbosa Musse (2008), designam tais sujeitos de direito a partir de uma denominação ainda mais abrangente, qual seja, *Pessoa com Necessidades Especiais* (PNE), que englobaria além das pessoas com deficiência física ou mental, reguladas pelas diversas normas que tratam sobre o tema em nosso ordenamento, os idosos, gestantes, obesos, pessoas com dificuldades educacionais e todas aquelas outras cuja situação implique na necessidade de algum tratamento diferenciado, incluindo aí as *pessoas portadoras de transtornos mentais*. Assim, quando se instrumentaliza o termo *Pessoas com Necessidades Especiais* (PNE), o intuito é fazer com que incida, em determinados casos, a proteção e isonomia advindas das diversas normas de proteção a um grupo maior, porém menos específico de pessoas.

Necessário ressaltar, todavia, que tal designação foi introduzida no ordenamento jurídico brasileiro através da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), de modo que o seu uso estaria mais relacionado à área da educação. Por conta disso, alguns autores, a exemplo de Maria Aparecida Gugel (2006), consideram que o uso de tal termo deve estar adstrito ao seu âmbito de incidência, - qual seja, a inclusão escolar - sob o risco de, ao expandi-lo demais, acabar por esvaziar os próprios conceitos que tal designação pretende abranger, ignorando as especificidades de cada um dos sujeitos de direito potencialmente contemplados pela referida denominação.

Sob uma perspectiva mais sintética e didática, têm-se, assim, que, no campo normativo, a categoria *Deficiente* deixou de ser utilizada no ordenamento jurídico para se referir a tal grupo de pessoas. Contudo, na legislação brasileira, inclusive na Constituição Federal, o termo *Pessoa Portadora de Deficiência* (PPD), continua a ser utilizado, apesar de parte da doutrina considerá-lo ultrapassado, mormente pela superveniência do conceito de *Pessoa com Deficiência* (PCD), com a incorporação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo ao ordenamento jurídico brasileiro, com status de emenda constitucional.

Ademais, parte da doutrina concebe tal grupo de indivíduos a partir de uma categorização ainda mais ampla, que incluiria, igualmente, outras minorias, o que se daria com a instrumentalização da expressão *Pessoas com Necessidades Especiais* (PNE), cujo uso também recebe críticas, ao argumento de que ao projetar uma proteção normativa genérica a

um grupo maior de pessoas, tal termo acabaria por implicar em uma descaracterização conceitual relativa aos sujeitos potencialmente protegidos.

Sobre tal controvérsia, Romeu Sasaki informa, ainda, que:

o termo ‘necessidades especiais’ não substitui a palavra ‘deficiência’ como se imagina. A maioria das pessoas com deficiência pode apresentar necessidades especiais (na escola, no trabalho, no transporte etc.), mas nem todas as pessoas com necessidades especiais têm deficiência. As necessidades especiais são decorrentes de condições atípicas como, por exemplo, deficiências, insuficiências orgânicas, transtornos mentais, altas habilidades, experiência de vidas marcantes etc. Estas condições podem ser agravadas e/ou resultantes de situações socialmente excludentes (trabalho infantil, prostituição, pobreza ou miséria, desnutrição, saneamento básico precário, abuso sexual, falta de estímulo do ambiente e de escolaridade). **Na integração escolar, os alunos com deficiência eram o foco da atenção. Na inclusão escolar, o foco se amplia para os alunos com necessidades especiais (dos quais alguns têm deficiência), já que a inclusão traz para dentro da escola toda a diversidade humana** (SASSAKI, 2008, p. 84-85, grifos nossos).

Ainda em relação ao termo *Pessoas com Necessidades Especiais* (FNE), observa-se que sob tal denominação, opera-se uma aproximação conceitual entre *pessoas com deficiência mental* e *pessoas portadoras de transtornos mentais*, o mesmo ocorrendo com diversos outros grupos minoritários dignos de proteção que se relacionam entre si em torno de uma mesma designação.

Contudo, é preciso destacar que tais conceitos não são necessariamente equivalentes, existindo, na verdade, uma sensível distinção entre eles, apesar de vários autores, a exemplo de Antônio Carlos Santoro Filho (2012), utilizarem-nos como sinônimos, sem realizar qualquer distinção conceitual entre eles.

A princípio, é possível considerar que tal equívoco é legítimo, haja vista que os dois termos - *pessoas com deficiência mental* e *pessoas portadoras de transtornos mentais* - têm causado muita confusão há décadas, principalmente pela mídia, gerando reflexos, como podemos perceber, na própria doutrina.

Esta imprecisão talvez possa ser justificada pelo fato que os dois fenômenos trazem em seu núcleo o adjetivo “mental”, levando muitos a considerarem que *deficiência mental* e *transtorno mental* sejam a mesma coisa. Não obstante, a utilização indistinta de tais termos não pode ser justificada apenas por uma questão de preferência terminológica, haja vista que a própria legislação trata de forma diferenciada a *deficiência* e o *transtorno mental*.

Para tentar amenizar tal problema, que não se encontra adstrito apenas à dogmática jurídica, existe, atualmente, uma tendência mundial, e também brasileira, de se substituir o termo “*deficiência mental*” por “*deficiência intelectual*”, quando se trata de limitações no funcionamento intelectual¹⁸. Uma das razões que justificaria tal mudança, seria que o termo *deficiência intelectual* expressaria com melhor precisão a limitação em questão, ao mesmo tempo em que impõe uma distinção em relação ao termo *transtorno mental* (SASSAKI, 2004).

Porém, do ponto de vista normativo, o termo usualmente utilizado na legislação nacional para se referir à espécie de deficiência ora analisada, ainda se remete, quase sempre, ao qualificativo *mental*, conforme já destacado com as definições jurídicas apresentadas anteriormente.

Não obstante, em alguns casos, o termo “*intelectual*” também é utilizado, de maneira subsidiária, como forma de conceituar tal espécie de deficiência, como ocorre, por exemplo, no Decreto nº 3.298/1999, com sua redação atual, reproduzida abaixo:

Art. 4º É considerada pessoa portadora de **deficiência** a que se enquadra nas seguintes categorias:

[...]

IV - **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.

Na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao ordenamento jurídico pátrio¹⁹, também ocorre algo análogo. Ali, ao se estabelecer os destinatários da proteção resguardados pela referida norma, opera-se à subsunção de, aparentemente, quatro espécies de deficiência, conforme a transcrição abaixo:

Artigo 1

Propósito

¹⁸ O termo *deficiência intelectual* foi utilizado pela primeira vez por um organismo internacional representativo, reconhecido mundialmente, em 1995, no simpósio Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro (Intellectual Disability: Programs, Policies and Planning for the Future), organizado em Nova York pela ONU, conjuntamente com o Instituto Nacional da Saúde da Criança e do Desenvolvimento Humano (The National Institute of Child Health and Human Development), a Fundação Joseph P. Kennedy (The Joseph P. Kennedy Foundation) e a Fundação Júnior (Jr. Foundation). Em 2004 o conceito da deficiência intelectual foi consagrado, durante o congresso internacional “Sociedade Inclusiva”, realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que culminou com a elaboração da Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual (LOPES, 2009, p. 95).

¹⁹ Vide nota 15.

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.

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.

Como se observa, o texto da Convenção não estabelece definições rígidas sobre as espécies de deficiências ou impedimentos que enumera, cabendo ao intérprete realizar as distinções entre elas. Na verdade, essa aparente omissão consiste em uma técnica legislativa que visa justamente propiciar uma maior abertura exegética, com a finalidade de adequar a norma à realidade social, ou ainda a subsunção do fato à norma, ressaltando as modificações conceituais que se operam no espaço e no tempo²⁰.

Nessa esteira, é importante destacar que este caráter materialmente aberto das normas de proteção, mormente quando consideradas enquanto direitos fundamentais, devem atender ao princípio da máxima efetividade, impondo a todos - por seres normas materialmente constitucionais - o dever de reconhecer e aplicar, cada um em sua função específica, a máxima eficácia aos direitos fundamentais sociais (COSTA, 2011). Nesse sentido, segundo Paulo Roberto Barbosa Ramos:

Apesar de muitos direitos tidos como fundamentais requererem iniciativa legislativa infraconstitucional para que possam perfeitamente produzir efeitos, não ficam obstaculizados por conta disso [uma vez que] os direitos fundamentais [possuem] aplicação imediata. Não será o fato de necessitarem de uma lei que determina a sua esfera de abrangência ou os procedimentos para que possam ser usufruídos que irá impedir o seu exercício. Não fosse assim, não existiriam as normas instrumentais, muito menos teria sido declarado o que foi declarado no art. 5º, § 1º, da Constituição de 1988 (2007, p. 426).

Ocorre que das quatro espécies de deficiência apresentadas - física, mental, intelectual e sensorial - mesmo no campo hermenêutico, é difícil estabelecer uma distinção precisa entre todas elas, o que garantiria uma melhor (e maior) aplicabilidade da norma.

Assim, ao se referir ao impedimento de natureza física, o texto da Convenção remete à uma ideia de limitação de ordem mecânica ou motora, que incluiria, por exemplo,

²⁰ Nesse sentido, a própria Convenção, em seu preâmbulo, reconhece que a deficiência é um conceito em evolução: [...] e) *Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.*

cadeirantes paraplégicos. Em relação ao impedimento de natureza sensorial, tal impedimento se caracterizaria pelo não funcionamento, total ou parcial, de algum dos cinco sentidos. Classicamente, são espécies de deficiências sensoriais, a surdez e a cegueira, todavia, outros *déficits* relacionados ao tato, olfato ou paladar, também poderiam ser enquadrados em tal categoria. Ressalta-se, ainda, que todos esses *déficits* podem ser resultantes de alguma disfunção física ou cerebral, podendo, assim, serem enquadrados nas outras espécies de impedimento presentes no dispositivo, a depender da situação.

Contudo, em se tratando dos impedimentos de natureza mental ou intelectual, essa distinção se torna ainda mais problemática. Por um lado, seria possível considera-los, nesse contexto, como expressões sinônimas. Por essa interpretação, as expressões “*deficiência mental*” e “*deficiência intelectual*” seriam consideradas equivalentes, e a preferência pelo último termo se justificaria como forma de destacar a diferença entre tais sujeitos de direito e as *peessoas portadoras de transtornos mentais*.

Por outro lado, tais expressões também poderiam representar impedimentos de naturezas distintas, referindo-se no primeiro caso (impedimento de natureza mental), às *peessoas portadoras de transtornos mentais*, e no segundo caso (impedimento de natureza intelectual), às *peessoas portadoras de deficiência intelectual*. Nesta última hipótese, apesar da Convenção, em seu próprio título, referir-se apenas às pessoas com deficiência (Convenção Internacional dos Direitos das **Pessoas com Deficiência**), a norma acabaria abrangendo ambos os sujeitos de direitos.

Nesta perspectiva, mesmo que a norma fosse analisada por um método de interpretação estritamente histórico, seria problemático estabelecer o seu verdadeiro alcance ou, ainda, identificar os verdadeiros destinatários da proteção a que se refere. Nesse sentido, Laís Carvalho Lopes (2009), ao traçar o processo de construção da referida Convenção da ONU, evidencia que uma das mais complexas resoluções foi justamente delimitar o conceito de deficiência.

Segundo a autora, a sociedade civil internacional pleiteou a substituição da terminologia “*mental*” por “*intelectual*”, que como já destacado, tem sido a palavra mais atualizada para designar as pessoas com deficiência mental, no intuito de diferenciar de forma mais enfática a *deficiência mental do transtorno mental*.

Ocorre que a sociedade civil internacional pleiteou ainda, além da substituição dos termos supracitados, a inclusão do termo “*psicossocial*” no conceito de pessoas com deficiência. Contudo, alguns países, dentre eles o Brasil, manifestaram dificuldade em aceitar

a última proposta, sob o argumento de que a inclusão dos transtornos psicossociais como uma das hipóteses de deficiência poderia dificultar o processo de ratificação da Convenção, “já que tratamos de forma distinta em nossa legislação a deficiência e a saúde mental, com públicos diferenciados” (LOPES, 2009, p. 95).

Assim, diante do impasse, a opção mediadora foi manter o termo *mental*, acrescentando-se o termo *intelectual* e omitindo-se o termo *psicossocial* para, assim, possibilitar que cada país tivesse certa margem de negociação interna, ou nas palavras da Laís Carvalho Lopes:

para que na regulamentação objetiva do conceito, quando do aprimoramento da legislação nacional, fosse possível decidir se as pessoas com transtornos psicossociais também seriam contempladas com os direitos previstos na Convenção (2009, p. 95).

Como se vê, longe de enfrentar a questão de maneira direta, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, deixou a discussão sobre a deficiência mental e intelectual em aberto, abrindo espaço para que cada país, em seu processo de incorporação normativa, negociasse o alcance de tais conceitos.

No Brasil, tal debate ainda gera grande polêmica, estando, talvez, distante de uma solução definitiva. Nesta perspectiva, alguns autores consideram que o termo *intelectual* se refere apenas à uma atualização ou sinônimo do termo *mental*, sendo que, neste caso, ambos designariam a deficiência em seu sentido mais estrito. Outros, consideram que o termo *mental*, poderia abranger as *pessoas portadoras de transtornos mentais*, enquanto o termo *intelectual*, passaria a abranger as pessoas com *deficiência intelectual*, sendo que nesse caso, o próprio conceito de deficiência alcançaria um sentido mais amplo, enquadrando outros sujeitos de direito, que não os historicamente contemplados sob tal designação.

Importante ressaltar que até a promulgação da referida Convenção, a legislação infraconstitucional optou por uma tipologia fechada, o que demarcou o campo de abrangência das políticas públicas de inclusão voltadas a cada um dos sujeitos de direito ora analisados. Contudo, com a promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, surgiu a possibilidade de, em cada caso concreto, fazer incidir a interpretação mais benéfica em favor do destinatário, a depender do seu grau de *impedimento*.

Não é demais frisar, que a referida norma de direito internacional não goza apenas de um caráter materialmente constitucional, uma vez que dispõe sobre direitos humanos, mas também possui um caráter formalmente constitucional, haja vista ter sido incorporada ao

ordenamento jurídico pátrio através do rito incorporado pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004²¹.

Assim, a grande peculiaridade da referida norma, é que ela, ao mesmo tempo, se coaduna às previsões contidas nos §§ 1º, 2º e 3º, do art. 5º da Constituição Federal. Ou seja, ela possui aplicabilidade imediata por tratar sobre garantias fundamentais (art. 5º, §1º, CF), foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pela cláusula de abertura material presente na Constituição Federal (art. 5º, § 2º, CF), além de possuir status de emenda constitucional (art. 5º, § 3º, CF).

Registre-se, ademais, que os direitos fundamentais resguardados pela referida norma, também se encontram presentes, de maneira esparsa, no texto original da Constituição Federal, além de estarem regulados em âmbito infraconstitucional por meio de várias leis específicas, de modo que sua normatividade mais densa torna insuperável sua exigibilidade²². Assim, em caso de eventual conflito normativo, as regras já estabelecidas pelo legislador sobre determinada política pública devem ser suplementadas pela superveniência da norma constitucional, ou, como no caso, pela norma com força de emenda constitucional, como o é a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Nesse sentido, segundo Paulo Roberto Barbosa Ramos:

o fato de a Constituição de 1988 ter prestigiado o legislador ordinário, entregando-lhe a tarefa de pensar nas especificidades, decorreu muito mais do caráter aberto da Constituição, que se dispõe a ser atualizada através de interpretações tanto dos legisladores quanto dos juízes, desde que essas interpretações não se afastem do seu espírito e estejam voltadas a otimizar a sua intenção de garantir os direitos fundamentais e não espezinhá-los, como acontece quando não se reconhece a possibilidade de gozo dos direitos em razão de a norma constitucional não ser regulamentada. Por outro lado, confirmando ser impostergável o compromisso para com os direitos humanos fundamentais, foi inserido na Constituição de 1988 o conteúdo do Art. 5º, § 2º, que aponta para a existência de direitos fundamentais positivados em outras partes do texto constitucional e até mesmo em tratados internacionais (2007, p. 426).

²¹ Segundo Flávia Piosevan, as normas de direito internacional incorporadas mediante esse rito “receberam assento no Texto Constitucional, não apenas pela matéria que veiculam, mas pelo grau de legitimidade popular contemplado pelo especial e dificultoso processo de sua aprovação” (PIOSEVAN, 2012, p. 142).

²² Frisa-se que no âmbito infraconstitucional, o direito das pessoas com deficiência é resguardado não apenas pela já citada Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (que adentrou no ordenamento jurídico brasileiro por força do Decreto Legislativo nº 198 e do Decreto nº 3.956) ou pela Lei nº 7.853/98 (regulamentada pelo Decreto nº 3.298/99), mas por uma rede muito mais ampla de proteção. Nesse sentido, no último compêndio publicado pela Câmara dos Deputados referente a Legislação Brasileira sobre Pessoas com Deficiência (2013), foram catalogadas cerca de cinquenta Leis e Decretos-Leis que tratam sobre o tema, além trinta Decretos que regulamentam a matéria, isso apenas em âmbito federal.

Não obstante, ainda existe forte resistência da doutrina e da jurisprudência em aderir essa nova possibilidade interpretativa, de modo que o entendimento majoritário é de que apenas as *peessoas com deficiência intelectual* (leve, moderada, grave ou profunda), dentre as que possuam *transtornos mentais*, podem receber a proteção e os benefícios jurídicos e sociais advindos dessa situação (MUSSE, 2008, p. 45).

Deste modo, mesmo as pessoas portadoras de transtornos mentais crônicos, tais como a esquizofrenia, transtorno bipolar e outras psicoses, não seriam imediatamente contemplados pela proteção destinada às pessoas com deficiência. O argumento mais comum para tal exclusão é de que o transtorno mental seria uma doença, não uma deficiência, ou, ainda, de que o transtorno mental seria um estado, enquanto a deficiência seria uma condição.

Tal distinção, como se pode perceber, demonstra ser bastante simplista, uma vez que nem sempre corresponderá à realidade, pois existem muitos casos em que o transtorno mental, apesar de poder ser controlado, acompanhará o indivíduo por toda a sua vida (como nos casos dos transtornos mentais congênitos), assim como há casos em que a deficiência será apenas transitória ou temporária.

Como já destacado alhures, tal distinção não se limita apenas à uma questão de ordem terminológica, mas enseja, também, contradições de ordem prática. Por exemplo, as pessoas portadoras de transtornos mentais crônicos, a princípio, não são contempladas pela Reserva Legal de Cargos para Pessoas com Deficiência, prevista no artigo 93 da Lei 8.213/91. Do mesmo modo, porquanto tais sujeitos não sejam formalmente reconhecidos enquanto pessoas com deficiência, também não são beneficiados pelo programa de aprendizagem profissional, estabelecido pela Lei nº 10.097/2000 e regulamentada pelo Decreto nº 5.598/2005, que em seu art. 2º, parágrafo único, estabelece não haver, no caso da deficiência, limite de idade para contratação em condição de aprendiz.

Considerando que os transtornos mentais crônicos impõem limitações funcionais significativas, as pessoas acometidas por tal espécie de enfermidades, acabam sendo vítimas de forte preconceito, tal como ocorre com as pessoas com deficiência mental. Deste modo, tais sujeitos só teriam garantido o exercício de alguns direitos humanos fundamentais, como vida digna, saúde e emprego, se protegidos por ações afirmativas, tais quais as que incidem sob as pessoas com deficiência. Nesse sentido, Paulo Roberto Barbosa Ramos assevera que “para que essas pessoas, enfim, tenham efetivamente os seus direitos assegurados precisam ter conhecimento de que são titulares de direitos, bem como conhecer os mecanismos para acessá-los” (2007, p.431), não obstante a ignorância de tais direitos por parte dos destinatários da

proteção normativa não podem representar óbice para a sua aplicabilidade, tão pouco a discricionariedade das autoridades públicas pode justificar a sua própria omissão. Nesse sentido, ainda segundo Barbosa Ramos:

A Constituição de 1988 indica os meios para que os direitos constitucionalmente reconhecidos sejam usufruídos quando necessitarem ser usufruídos e não quando as autoridades entendam devam ser usufruídos. Diante disso, outra não deve ser a atitude do jurista que não a de interpretar a Constituição no sentido que todas as suas normas, notadamente as referentes aos direitos fundamentais, tenham aplicabilidade imediata (2007, p. 427).

Nessa esteira, a própria efetivação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, ao tratar sobre a desinstitucionalização do tratamento destinado às pessoas portadoras de transtornos mentais, seria melhor contemplada. Nesse sentido, estudos como os realizados por Julian Leff e Warner Richard (2006), apontam que possuir e manter um emprego é muito mais benéfico para reabilitação de tais pessoas do que a ociosidade ou o repouso, haja vista que o trabalho possibilita o desenvolvimento de amizades, a organização do dia, o aumento da autoestima, além de propiciar renda, que, por sua vez, poderia ser aplicada na própria saúde do indivíduo portador de transtorno mental. Assim, estar empregado e ser produtivo ajudaria na recuperação destes sujeitos e, conseqüentemente, as internações se tornariam menos frequentes, diminuindo os sintomas da enfermidade mental na medida em que propiciaria um melhoramento na qualidade de vida e do desempenho social, ao possibilitar o alargamento da rede de contatos de tais indivíduos.

A esta altura, é oportuno perceber que apesar dos vários problemas conceituais presentes na doutrina e no próprio ordenamento em relação ao que seria *deficiência*, ou quem seriam as *pessoas com deficiência*, ainda não foi apresentada uma conceituação análoga sobre o que seriam *transtornos mentais*, ou sobre quem seriam os seus *portadores*.

Nesse sentido, é importante notar que ao contrário do que usualmente ocorre nas normas de proteção destinadas às *pessoas com deficiência*, na Lei Federal nº 10.216/2001, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais*, não há qualquer conceituação, ou tentativa de conceituação, sobre os sujeitos a que a lei se refere.

Essa omissão talvez seja justificada pela já mencionada tendência do poder legislativo em, no exercício do seu poder legiferante, evitar a utilização de conceitos fechados ao tratar sobre normas de proteção, mormente quando destinadas a novos sujeitos de direito, tal como é o caso das *pessoas portadoras de transtornos mentais*.

Essa nova configuração das normas protetivas, acabam por evidenciar o caráter autopoietico do sistema normativo contemporâneo, que ao se reproduzir primariamente com base nos seus próprios códigos e critérios, acaba por assimilar os valores do seu meio ambiente circulante (ou entorno), como, por exemplo, as expectativas sociais dos seus destinatários (NEVES, 1995). De acordo com Ana Maria Benavides Kotlinski, apoiada na clássica teoria de Luhmann (2005):

a exemplo dos demais sistemas sociais autopoieticos, o fechamento operacional do sistema jurídico não importa em isolamento ou privação de seu meio ambiente. Embora disponha do seu próprio código diferenciador, a opção pelo que será "jurídico" será produto da comunicação com o meio ambiente, cujos estímulos ("irritações") são decodificados e influenciarão a própria reprodução do Direito positivo (2008, p.7).

De acordo com este entendimento, a produção das normas jurídicas é realizada mediante a assimilação dos fatores do ambiente social a partir de um código diferenciador específico, sem que isso implique na influência direta e condicionante desses mesmos fatores (KOTLINSK, 2008). Em outras palavras, o sistema jurídico seria ao mesmo tempo hermético e dinâmico, na medida em que seria influenciado pelas expectativas sociais, mas não determinado por elas, senão por seu próprio processo de formalização e decodificação²³. Ressalta-se, ainda, que no caso específico da positivação do direito das pessoas com transtornos mentais, a comunicação entre o sistema jurídico e as expectativas sociais não se dá de forma direta, sendo intermediada por todo um sistema de saberes médicos especializados, cuja variação também absorve as modificações no plano jurídico e, em menor grau, às expectativas sociais.

De maneira análoga, o emprego de conceitos materialmente abertos como *pessoas portadoras de transtornos mentais* acaba por representar uma técnica de flexibilização das normas de proteção às expectativas sociais (intermediadas pelo saber clínico ou médico), na medida em que permite a adequação do conceito à variação fenomênica abrangida pela norma, permitindo, assim, a comunicação entre o sistema jurídico, os saberes médicos institucionalizados e as expectativas sociais na determinação do campo de incidência normativa de proteção.

²³ Ou ainda, nas palavras do próprio Luhmann (2005, p. 88-89): "O sistema jurídico realiza a sociedade quando se diferencia dela. Dito de outra maneira, o direito com suas operações (que são operações sociais) introduz um corte na sociedade e com ele se configura um entorno específico do direito, interno à sociedade. Como resultado deste corte, pode-se perguntar como se exercem as influências desse entorno social específico sobre o direito, sem que isto conduza a que direito e sociedade já não se diferenciem".

Ressalta-se que, se por um lado, tal método possibilita a inclusão de um maior grupo de pessoas sob determinada designação, alargando o próprio âmbito de incidência da norma protetiva, por outro lado, peca justamente pela ausência de uma especificação normativa, o que pode vir a atentar contra a própria segurança jurídica, exigindo que a determinação ou enquadramento do fato ou do sujeito à norma, sejam realizados caso a caso, gerando, assim, efeito contrário, ou seja, limitando a eficácia da norma à confirmação de sua incidência em âmbito jurisdicional, onde ela poderá ser aplicada de maneira distinta a depender da ocasião, ou sequer ser aplicada.²⁴

Para amenizar tal problema, a doutrina, assim como os saberes médicos institucionalizados, procuram instrumentalizar o conceito de *peessoas portadoras de transtornos mentais*, oferecendo, assim, subsídios para a própria aplicação normativa. Nesse sentido, Luciana Barbosa Musse, por exemplo, conceitua as pessoas portadoras de transtornos mentais da seguinte maneira:

São denominadas pessoas com transtornos mentais os indivíduos de ambos os sexos - crianças, adolescentes, adultos ou idosos - pertencentes a todas as classes sociais, culturas e religiões, sem distinção de cor ou etnia, que possuam um ou mais transtornos mentais, congênito(s) ou adquirido(s), crônico(s) ou agudos(s) (2008, p. 41).

Tal conceituação, apesar de buscar elementos presentes na própria Lei 10.216/2001 (art. 1º), não prima pela precisão, haja vista que apenas define o sujeito (pessoas potencialmente portadoras de transtornos mentais, independentemente de idade, raça, sexo, etc.) a partir do seu predicado (pessoas com transtornos mentais são aquelas que possuem um ou mais transtorno(s) mental(is)), o que acaba por gerar uma visível redundância. Contudo, tal conceito permite antecipar a existência de modalidades de transtornos mentais, seriam elas: os transtornos mentais congênitos, adquiridos, crônicos e agudos, que são assim definidos pela autora:

Os transtornos mentais podem ser *congênitos*, quando têm origem no período embrionário ou fetal, podendo ser hereditários (ex.: autismo, esquizofrenia) ou adquiridos (atraso ou deficiência intelectual por exposição à agentes químicos ou físicos - álcool, cigarro, medicamentos, radiação, dentre outros - capazes de alterar a formação natural do embrião ou feto. Já os *adquiridos* são agravos mentais resultantes de comportamentos de risco ou acidentes, ocorridos após o nascimento do indivíduo. Transtornos mentais *crônicos* são

²⁴ Meirelles (2008) assevera que a eficácia é apreendida na análise da norma abstratamente falando; a aplicabilidade, no entanto, é verificada diante do caso concreto. Assim, uma norma eficaz poderá não ter aplicabilidade em determinado caso concreto, haja vista a existência, por exemplo, de um princípio oposto que, na ponderação, veio a prevalecer.

aqueles que não evoluem normalmente para a cura, mas são possíveis de controle, intercalando-se com períodos de agudização, que podem evoluir para a morte ou voltar à fase de controle, quando o paciente adquire um estado de normalidade ou muito próxima dela. Os transtornos mentais *agudos* são agravos que normalmente evoluem para a cura ou, em casos extremos, ao óbito. Caso não evolua para o óbito, há a remissão total da doença. Alguns transtornos mentais agudos podem evoluir para a cronificação, como no caso da depressão e da ansiedade (MUSSE, 2008, p. 46-47).

Necessário destacar que malgrado possa ser subdividida em espécies ou modalidades, a expressão *transtorno mental* é semanticamente vaga, ou seja, necessita de delimitação em seu campo referencial, pois depende do contexto técnico-científico e até mesmo cultural em que se encontra inserido ou no qual está sendo utilizado pelo pesquisador (COMER, 2003, p. 3).

Nessa esteira, do ponto de vista normativo, a Assembleia Geral das Nações Unidas, estabeleceu em sua Resolução nº 46, de 17 de dezembro de 1991, referente à *Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, que “a determinação de que uma pessoa é portadora de transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente” (Princípio 4, artigo 1º).

Nesse sentido, ressalta-se que a classificação internacional mais aceita atualmente é a CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. Mas, também, cabe enfatizar o uso de uma segunda classificação, que tem se difundido internacionalmente obtendo ampla aceitação, qual seja, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, ou DSM, elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APS).

Ressalta-se que, por muito tempo, a existência de duas classificações principais de transtornos mentais causou várias dificuldades quanto à coleta e ao uso de estatísticas, assim como para o delineamento de ensaios clínicos destinados ao desenvolvimento de novos tratamentos, além de dificultar a aplicabilidade global dos seus resultados.

Por conta disso, nas mais atualizadas edições da CID e do DSM, que se encontram respectivamente na 10ª (CID-10) e 5ª Edição (DSM-V), as classificações foram harmonizadas o máximo possível, de modo que, atualmente, a listagem das doenças mentais em ambos os manuais é bastante próxima.

Em relação ao uso forense de tais classificações, há uma ressalva expressa no próprio texto do DSM-V, sobre os aspectos positivos e negativos de tal apropriação:

Quando usados apropriadamente, os diagnósticos e as informações diagnósticas podem auxiliar os detentores do poder de decisão no âmbito legal em suas deliberações. Por exemplo, quando a presença de um transtorno mental é o fundamento para uma determinação legal subsequente (p. ex., internação compulsória), o uso de um sistema estabelecido de diagnóstico aumenta o valor e a confiabilidade da deliberação. **Por ser um compêndio baseado em uma revisão da literatura clínica e de pesquisa pertinente, o DSM-5 pode facilitar o entendimento das características relevantes dos transtornos mentais pelas autoridades judiciais.**

[...]

Contudo, o uso do DSM-5 deve envolver o conhecimento dos riscos e limitações no âmbito forense. Quando as categorias, os critérios e as descrições do DSM-5 são empregados para fins forenses, há o risco de que as informações diagnósticas sejam usadas de forma indevida ou compreendidas erroneamente. Esses perigos surgem por não haver uma concordância perfeita entre as questões de interesse da justiça e as informações contidas em um diagnóstico clínico (APS, 2014, p. 25).

Importa ressaltar, que tanto à CID-10 quanto o DSM-V, possuem catalogadas aproximadamente 100 espécies de transtornos mentais e comportamentais, o que evidencia uma tentativa de padronização conceitual das manifestações clínicas dos transtornos mentais. Porém, um equívoco comum é pensar que tais classificações visam identificar sujeitos, tal como usualmente ocorre no âmbito normativo, quando na verdade, o que se classifica são os transtornos que as pessoas apresentam.

Assim, a própria escolha do termo, utilizada na Lei 10.216/2001 - *pessoa portadora de transtornos mentais* - se justificaria como forma de evitar que os diagnósticos psiquiátricos sejam utilizados como rótulos dados aos pacientes. Nesse sentido, ressalta-se que é extremamente necessário um cuidado ético nos procedimentos, atendimentos e comunicação de eventuais diagnósticos ao paciente, tanto no âmbito clínico quanto no âmbito jurídico.

Por fim, importante registrar, que em ambas as classificações internacionais utilizadas, as deficiências intelectuais são consideradas como espécie de transtornos mentais, o que tornaria ainda mais problemático uma diferenciação rígida entre tais categorias no campo normativo. Deste modo, na CID-10, o conceito utilizado para a deficiência mental é Retardo Mental (F 70-79), assim definido:

F70-F79 Retardo mental

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode

acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independentemente (OMS, 2003).

Tal categorização está contemplada na CID-10, em seu Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais, que inclui ainda as subdivisões Retardo Mental Leve (F 70), Retardo Mental Moderado (F 71), Retardo Mental Grave (F 72) e Retardo Mental Profundo (F 73)²⁵. Desse modo, de acordo com tal classificação, a deficiência (ou retardo) mental, seria espécie do gênero transtorno mental, invertendo-se, portanto, a lógica observada no campo normativo, no qual a proteção destinada às pessoas com deficiência é muito mais ampla e abrangente do que aquela conferida às pessoas portadoras de transtornos mentais.

O mesmo pode ser observado no DSM-V, onde a deficiência intelectual (ou transtorno de desenvolvimento intelectual - sendo ambos os termos expressamente utilizados), é analisada dentro do grupo de Transtornos do Neurodesenvolvimento. A deficiência intelectual no DSM-V é assim conceituada:

A Deficiência Intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) caracteriza-se 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 (APA, 2014, p. 31).

Não obstante, é importante ressaltar, que a definição da deficiência não pode se esgotar em sua condição orgânica e/ou intelectual. Nesse sentido, é importante frisar ainda que:

esses manuais foram e permanecem fundados a partir de um consenso sobre o agrupamento de sintomas que determinam um transtorno. É um tipo de argumentação meramente quantitativa que pretende, longe de estabelecer uma transmissão de um saber, impor a vontade da maioria em um campo que sempre foi de debates e que demanda provas (RESENDE; CALAZANS, 2013, p. 3).

Do mesmo modo, frisa-se que a dificuldade em diagnosticar a deficiência mental tem levado a uma constante modificação do seu conceito, que perpassa não apenas pelo seu

²⁵ Na CID-10 o grau do Retardo ou Deficiência Mental ainda é definido baseado no coeficiente de inteligência, modo que Retardo Leve é caracterizado por uma amplitude aproximada de QI entre 50 e 69, o Retardo mental Moderado, por uma amplitude aproximada de QI entre 35 e 49, Retardo mental Grave, por uma amplitude de QI entre 20 e 40, e Retardo Mental Profundo, por uma amplitude de QI abaixo de 20.

caráter clínico ou médico, mas abrange uma gama de saberes no âmbito sociológico, antropológico e também jurídico, que apesar dos esforços impetrados, ainda não conseguiram encontrar um conceito único que consiga abranger todas as especificidades dessa condição.

Em sentido análogo, a categorização dos transtornos mentais, deve ultrapassar os sentidos estritamente biológico e jurídico que lhes são usualmente conferidos, para alcançar também outros fatores que se não determinam, acabam por influenciar o desencadeamento de transtornos mentais, tais como fatores psicológicos individuais (como solidão, ou falta de afetividade familiar), e fatores sociais, que incluem aspectos relacionados à pobreza, gênero (sobretudo a violência de gênero) e racismo, dentre outros.

É importante destacar, ainda, que no campo normativo, a rede de proteção destinada às pessoas portadoras de transtornos mentais passou por um processo de otimização e alargamento que pode ser melhor percebido a partir da identificação de dois marcos: a promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2011, e a incorporação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Mental no ordenamento jurídico brasileiro, que como já salientado, apesar de não determinar a inclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais em seu âmbito de proteção, tornou possível uma interpretação mais ampla, capaz de englobar tais sujeitos de direitos.

Assim, a partir da referida norma, é possível realizar uma interpretação extensiva, alargando a própria compreensão acerca de quem seja pessoa com deficiência intelectual e pessoa com transtorno mental. Do mesmo modo, cabe enfatizar que recentemente, no dia 10 de junho de 2015, o Senado Federal aprovou, por unanimidade, o PLS nº 06/2003, referente ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, que inclui em seu bojo de proteção as pessoas com *deficiência intelectual* (ressalta-se a utilização do termo *intelectual*, coadunando-se à expressão que vem sido adotada nacional e internacionalmente em substituição ao qualificativo deficiência mental). O projeto foi sancionado pela presidente Dilma Rousseff em 06 de julho de 2015, e publicado no diário oficial no dia subsequente, na forma da Lei nº 13.146, que entrará em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.²⁶

²⁶ De acordo com a referida lei, fica classificada como pessoa com deficiência o cidadão “que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que podem obstruir a sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (art. 2º), adequando-se, desse modo, à conceituação presente na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas Com Deficiência. Ademais a avaliação da deficiência, “**quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar**” (art. 2º, § 1º, caput) e levará em conta: impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; limitação no desempenho de atividades; e restrição de participação. Conforme o texto da lei, será criado na internet o Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência para coletar, processar e disseminar informações que permitam a identificação e a caracterização socioeconômica da pessoa com deficiência, “bem como das barreiras que impedem a realização de seus direitos”

O referido estatuto, tal como a retromencionada Convenção, permitirá, quando em vigor, a ampliação do universo de pessoas consideradas com deficiência, denotando a urgência de adequada proteção social e estatal em relação a tal segmento populacional (RAMOS, 2007, p. 431).

Desse modo, a partir da positivação das normas de proteção destinada à pessoa com deficiência intelectual, o intérprete e aplicador da lei, poderá ter um arcabouço maior de possibilidades, permitindo uma exegese mais ampla em relação a quem seja os sujeitos de direitos aos quais tais normas se referem. Ademais, o alargamento da rede de proteção destinada a tais sujeitos evidencia a necessidade de que o critério diferenciador deixe de ser a deficiência em si, e passe a ser a situação de risco vivenciada pela pessoa, de modo que, dependendo do caso concreto, tanto as pessoas com deficiência intelectual quanto as portadoras de transtornos mentais, “desde que se encontrem em situações caracterizada como de risco, tal como abandono familiar, falta de moradia e trabalho” (MUSSE, 2008, p. 45), possam gozar dos benefícios e da proteção que a legislação lhes assegura.

(art. 92). Ademais, caberá ao poder Executivo criar os instrumentos para a avaliação da deficiência, segundo o texto (art. 2º, §2º).

3 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DIRECIONADO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS À LUZ DA LEI 10.216/2001

Como foi possível perceber nos capítulos anteriores, o fenômeno da loucura no ocidente foi marcado por um amplo processo de estigmatização e enclausuramento das pessoas portadoras de transtornos mentais. Tal processo, como observado, acompanhou as mudanças de perspectiva que se operaram em relação ao tratamento das doenças mentais e aos espaços aos quais os mentalmente enfermos eram destinados.

Nesse contexto, procurou-se enfatizar o processo de institucionalização e positivação da loucura, que, sem dúvida, gerou marcas indeléveis na história da saúde mental no Brasil e no Mundo, cujas consequências podem ser observadas até os dias atuais. Em sentido análogo, procurou-se, ainda, evidenciar a formação de uma incipiente rede normativa de proteção, a partir da qual o ordenamento jurídico pátrio, a passos lentos e inspirados no quadro protetivo internacional, buscou remediar algumas questões que, em momentos anteriores, ele próprio havia dado causa, questões essas, relacionadas, sobretudo, aos sujeitos que historicamente foram vítimas de toda uma lógica sistemática de repressão, rotulação e exclusão institucionalizadas.

Se em um primeiro momento, objetivou-se no decorrer do trabalho, estabelecer distinções e aproximações conceituais entre os destinatários beneficiados por tal rede protetiva, realizando uma comparação entre a proteção jurídica destinada às *peessoas com deficiência intelectual* e aquela direcionada às *peessoas portadoras de transtornos mentais*, neste último capítulo, o objetivo será focar, especificamente, na análise desses últimos sujeitos de direito, a fim de destacar o processo de desinstitucionalização do tratamento em saúde mental. Tal processo, como será observado, passa necessariamente pela análise do fenômeno da reforma psiquiátrica, que apesar de haver se iniciado há algumas décadas, encontra-se em pleno processo de efetivação, operando-se tanto em nível global quanto local, ensejando mudanças tanto no âmbito clínico de tratamento quanto no âmbito jurídico e normativo de proteção.

3.1 O Cenário da Reforma

Como é notório, o avanço tecnológico e científico ocorrido principalmente a partir

da segunda metade do século XIX, nem sempre foi acompanhado por uma conduta ética e humanista. A constatação de tal fato se torna ainda mais evidente a partir da deflagração das duas grandes guerras mundiais, que, entre outros aspectos, evidenciou a necessidade emergencial de que alguns direitos humanos fundamentais fossem resguardados e protegidos pela comunidade internacional, de modo a assegurar a existência de um patrimônio cultural comum à humanidade, ao mesmo tempo em que propiciaria um sentimento universal de solidariedade, evitando-se, assim, conflitos futuros.

Visando esse objetivo, logo após o final da Segunda Guerra Mundial, foi elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, na qual foram consagrados os direitos do indivíduo, com ênfase na dignidade da pessoa humana, vindo a representar “um movimento universal irreversível de resgate do ser humano como sujeito de Direito Internacional dos Direitos Humanos” (TRINDADE, 1997, p. 627-628).

Nesse mesmo período, e sob esse clima de reavivamento humanitário, ao final da década de 1940, novas modalidades de tratamento das pessoas com transtorno mental começam a ser experimentadas com sucesso, representando uma reação às atrocidades praticadas por médicos nazistas em campos de concentração, que, durante a Segunda Guerra Mundial, operaram-se, inclusive, contra pessoas com transtornos mentais (MUSSE, 2008, p. 3).

A partir de meados da década de 1950, emerge em tal contexto, uma crescente e forte concepção sociológica na qual a noção de doença mental passa, gradativamente, a ser substituída pela ideia de saúde mental. Tal visão, irá criticar os efeitos nocivos da internação prolongada em grandes instituições psiquiátricas, surgindo-se a hipótese de que as condições sociais as quais um paciente vive (particularmente a pobreza do ambiente social) são, na realidade, responsáveis por grande parte da sintomatologia, especialmente pelos sintomas mais negativos das enfermidades mentais (THORNICROFT, 2010, p. 25).

Nas décadas seguintes é concebida, na Itália, a psiquiatria democrática, por Francisco Basaglia, cuja experiência exercerá forte influência entre os profissionais ligados à saúde mental em todo o mundo. Para Basaglia, que era psiquiatra por formação e atuação, a institucionalização, nos moldes denunciados por Foucault e Goffman, representava “uma concentração de autoritarismo e coerção que não alcança efetivamente uma possível e adequada forma de tratamento psiquiátrico” (MARCANTONIO, 2010, p. 154).

As concepções defendidas por Francisco Basaglia não estiveram adstritas ao campo teórico. De acordo com Jonathan Hernandez Marcantonio, ao assumir a Direção do Hospital Manicomial de *Trieste*, no norte da Itália, em 1970, Basaglia adotou uma postura “totalmente

contrária à institucionalização e inicia o processo de fechamento daquela instituição, plenamente encerrada em 1976” (MARCANTONIO, 2010, p. 154).

A partir de tal experiência, o governo italiano, por vias institucionais, altera sua posição relativa à manutenção dos manicômios, em 1978, por via da Lei 180, também denominada de “Lei Basaglia” ou “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”. Assim, de acordo com Maria Beatriz Rodrigues:

a lei Basaglia, em essência, impede o internamento compulsório de doentes mentais, ou seja, estabelece a voluntariedade do doente para o internamento. Prevê também a convivência do doente na sociedade, não mais confinado por longos períodos em hospitais psiquiátricos. Substituiu uma lei precedente, de 1904, que considerava legítimo o internamento mediante o reconhecimento médico da periculosidade de uma pessoa para si e para os outros. É uma lei que toca no poder da medicina e nos dogmas de cura, recolocando o doente em seu lugar de sujeito, não mais de paciente. O papel dos profissionais de saúde muda drasticamente, passando do exercício do poder baseado no saber, para o desafio de usar principalmente o saber na recuperação e potencialização dos sujeitos (2005, p. 57-58).

Nesse contexto, a desinstitucionalização emerge na Europa apontando para uma nova abordagem do problema da doença ou dos transtornos mentais, absolutamente distinta daquela oferecida pela clássica psiquiatria manicomial. Nessa esteira, segundo Antônio Carlos Santoro Filho:

o doente mental não mais se resume a doença e nem constitui um objeto de tratamento, mas passa a ostentar a condição de copartícipe da solução da situação-problema; em síntese, deixa de figurar como um objeto da psiquiatria para passar a ostentar a condição de sujeito. A desinstitucionalização, nestas condições tem por finalidade precípua a reconstituição e, podemos também afirmar, a libertação das pessoas portadoras de transtornos mentais, constituindo um esforço para transformar o seu modo de viver, de sentir e trabalhar o próprio transtorno ou seu sofrimento e de (re)adaptá-las, ainda que com limitações, ao convívio social (2012, p. 50-51).

Sob tal perspectiva, em um cenário em que a reforma psiquiátrica traz consigo a desinstitucionalização, os sujeitos antes excluídos, agora passam a ser protagonistas das mudanças que se operam.

Ressalta-se que esse processo de desinstitucionalização não busca somente a extinção dos manicômios, mas representa igualmente um comprometimento ético, que visa reconstruir saberes, poderes e práticas, buscando efetivar novos conceitos, transformando os serviços, os dispositivos e os espaços clínicos, além de modificar as próprias práticas jurídicas

relacionadas à saúde mental. Deste modo, a desinstitucionalização passa a constituir uma nova relação entre saúde e enfermidade mental, reconhecendo novas ações, para, a partir de então, produzir “novos sujeitos de direito, e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1998, p. 50).

Nesse contexto, é necessário ressaltar que as modificações ou inovações legislativas sobre a matéria, não devem ser consideradas apenas como meio de efetivação de tais direitos, haja vista que elas próprias, também representam o resultado de um processo de ampla mobilização social em prol da defesa e ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Nesse diapasão, a legislação vem a representar um reflexo da mudança social, ao mesmo tempo em que ela própria incita transformações, na medida em que positiva os direitos que antes se encontravam adstritos apenas ao âmbito da pretensão e expectativa social.

Nesse mesmo sentido, em relação à legislação atinente à saúde mental, é de fundamental importância, a distinção entre uma reforma psiquiátrica de caráter meramente técnico-assistencial - respaldada, via de regra, apenas em âmbito legiferante, institucional e/ou discursivo - e uma reforma psiquiátrica enquanto um processo social complexo, na qual os atores são sujeitos políticos voltados para a construção da cidadania e transformação cultural das formas de relação com a doença e saúde mental (AMARANTE, 2011).

Sob essa perspectiva, observa-se que no Brasil, as possibilidades de mudança em relação ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, inspiradas no modelo italiano de Basaglia, ocorreram já na segunda metade da década de 1970, com a especificidade de que no contexto brasileiro, tais mudanças representariam ainda uma forma de reação ao regime autoritário que então vigorava no país.

Tal período foi marcado pela emergência de críticas teóricas às políticas de saúde do Estado, que fomentaram a elaboração de propostas que constituíram o movimento de Reforma Sanitária. Segundo Benilton Bezerra Júnior (1993, p. 173), tal movimento buscou “o enfrentamento das questões de saúde em todas as suas dimensões (técnica, política, econômica e social) dentro de uma perspectiva de luta pela democratização do país”.

Dentro deste paradigma mais amplo de reformas, ao lado da Reforma Sanitária, também ganharia maior visibilidade e dizibilidade a denominada Reforma Psiquiátrica. Nesse contexto, o ano de 1978 veio a representar um marco importante em relação ao início da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Nesse ano, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituindo-se enquanto um movimento plural, formado por agentes integrantes do movimento sanitário, associações de familiares,

sindicalistas, membro de associações de profissionais, além de pessoas com um longo histórico de internações psiquiátricas. Segundo Luciana Barbosa Musse, o referido movimento se caracterizou por uma dupla finalidade: a promoção da melhoria das condições de trabalho no âmbito da saúde mental e a humanização das relações sociais que envolvem as pessoas com transtornos mentais (MUSSE, 2008, p. 70).

A partir de então, forma-se um ambiente propício no qual serão formuladas as primeiras propostas e estratégias para efetivar um novo modelo em saúde mental no Brasil. Um evento marcante em tal contexto, foi o II Congresso Nacional do MTSM, ocorrido em Bauru/SP, em 1987, cujo lema adotado seria: “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano, ocorreria ainda a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro/RJ.

Como não é difícil supor, tal mobilização da sociedade civil organizada, acabaria por despertar a necessidade de também se discutir uma política de proteção jurídica, na qual as pessoas portadoras de transtornos mentais teriam assegurados os seus direitos a partir da positivação desses no ordenamento jurídico pátrio.

Em um contexto mais amplo, tal mobilização gerou reflexos na própria Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, podem-se conceber os direitos à saúde previstos na Carta Política de 1988 enquanto precursores dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Cumpre ressaltar que as Constituições anteriores não apresentaram a preocupação que o constituinte de 1988 teve em relação à saúde, o que representa o resultado de um processo de intensas discussões e reivindicações sociais, que, como já salientado, também contaram com a participação dos movimentos ligados à saúde mental no país.

Nesse contexto, a atual Constituição Federal assegura em seu art. 6º, o direito à saúde como um direito fundamental do indivíduo. Esse direito é considerado um Direito Social, de segunda dimensão, e como tal, pressupõe uma intervenção positiva, uma atuação direta por parte do Estado, no sentido de propor e implementar políticas públicas que promovam e mantenham a saúde do indivíduo e dos grupos que integram a coletividade (MUSSE, 2008, p. 65), dentre eles, os portadores de transtornos mentais.

O tratamento constitucional dado aos direitos sociais enumerados no art. 6º da Constituição de 1988 é retomado no capítulo destinado à ordem social, a qual tem como base “o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais” (art. 193 da CF/1988). Nessa perspectiva, a saúde é contemplada no âmbito da seguridade social, que “compreende um conjunto integrado de ações e iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade a **assegurar**

os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194 da CF/1988, grifos nossos).

Já nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, constata-se que a saúde passa a ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, e que as ações e serviços públicos de saúde integram um sistema único descentralizado com atendimento integral e com a participação da comunidade. Neste sentido, Segundo Joel Machado Correa:

no atual contexto político do país não se esgota a redefinição da relação do Estado com cada um dos setores sociais, mas a própria reforma do Estado. Neste sentido, instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequadas dos serviços, mas igualmente em um direito. No que diz respeito à saúde, como de resto às demais políticas públicas, o atual desafio para a consolidação da democracia reside em como conciliar uma forte presença do Estado no setor, exigidas pelas acentuadas desigualdades no país, em uma ordem democrática (1999, p. 11).

Desta forma, o grande desafio da atual ordem jurídica reside em contemplar os dois termos da formulação: a saúde como direito e como serviço. A partir da confluência entre tais aspectos, passa-se a perceber a concepção da função social a ser aplicada pelo Estado Contemporâneo, sempre com prevalência do social e dos valores fundamentais do ser humano. Deste modo, ainda segundo Machado Corrêa:

a função social diz respeito a uma fórmula doutrinária que conecta a condição instrumental do Estado com o compromisso com o bem comum ou interesse coletivo e principalmente com a dignidade do ser humano, isto em abstrato; em concreto, a função consolidar-se-á conforme a realidade de cada Sociedade e seu Estado cumprindo ações de sua destinação; **a função social requer cooperação social, mobilização solidária dos componentes da sociedade, sustentando, verificando e participando do dever de agir e do agir do Estado** (1999, p. 31-32, grifos nossos).

Além da ordem constitucional brasileira, podemos observar a defesa de tais princípios, voltadas especificamente à promoção da saúde, na já mencionada Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, que em seu artigo 25, § 1º, preceitua que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais necessários”; e igualmente, na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, também de 1948, que em seu artigo 11 explicita que “toda pessoa tem direito à preservação de sua saúde por medidas sanitárias e sociais concernentes à alimentação, vestuário, habitação e cuidados médicos.”

Nesse contexto, tais declarações, embora não possuam força vinculante, visam resguardar, em âmbito internacional, os chamados direitos de segunda dimensão, previstos pelo *welfare state*, visando assegurar, assim, os direitos do indivíduo em relação à coletividade, como um princípio geral de direito comum que devem ser observados por toda a comunidade internacional.

Todo esse aparato normativo, destinada à promoção e proteção da saúde, irá incidir de maneira tangencial em relação ao tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais. Não obstante, de maneira mais específica, é possível identificar, ainda, o surgimento dos denominados direitos difusos, a partir dos quais as pessoas portadoras de transtornos mentais serão contempladas de maneira mais incisiva.

De acordo com o posicionamento defendido por José Alcebíades de Oliveira Júnior (2000), os direitos difusos fazem parte dos chamados direitos de terceira geração, que por sua vez, farão emergir novos sujeitos de direito, “que não são divisíveis nem imediatamente identificados ou identificáveis” (OLIVEIRA JÚNIOR, 2000, p. 63). A partir de tais direitos, busca-se a proteção dos chamados segmentos vulnerabilizados, a exemplo da criança, do adolescente, do idoso, da mulher e das próprias *pessoas portadoras de transtornos mentais*, nesse contexto, concebidos enquanto grupo, ou coletividade, e não como ser humano abstrato ou singularmente considerado (MUSSE, 2008, p. 63).

No que diz respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais, é possível observar na ordem internacional os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (ONU, 1991) e no âmbito nacional, a Lei Ordinária nº 10.2016/2001, que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*.

Importante ressaltar que embora a referida lei tenha sido promulgada apenas no ano de 2001, a sua origem remonta a 1989, ano no qual foi apresentada o respectivo Projeto de Lei de nº 3.657/89, ao plenário da Câmara dos Deputados, pelo seu autor, o deputado do Partido dos Trabalhadores (PT-MJ), Paulo Delgado.

Ao longo dos onze anos e seis meses de tramitação, o referido projeto foi objeto de intensos debates, tanto no âmbito político, como nos meios acadêmicos, técnico-profissional e social, com a participação das famílias e dos portadores de transtornos mentais, o que evidencia a sua relevância e complexidade (MUSSE, 2008, p. 26).

A primeira versão do referido Projeto de Lei era composta por apenas quatro artigos, a partir dos quais, almejou-se a efetivação da reforma psiquiátrica no país, objetivando a inclusão do portador de transtornos mentais na sociedade, e a reformulação do modelo hospitalocêntrico que até então vigorava no país. Nesses quatro artigos, objetivou-se a implantação de um novo modelo de saúde mental no Brasil, inspirado na experiência italiana, a partir do exemplo da Lei Basaglia, vindo a representar uma alternativa substitutiva ao modelo até então vigente no Brasil, regulamentado pelo Decreto nº 24.559, de 03/07/1934, o qual já foi analisado no segundo capítulo deste trabalho.

Importante ressaltar, que no decorrer do âmbito de tramitação do referido PL no Congresso Nacional até sua posterior conversão na Lei nº 10.216, em 2001, adveio uma importante norma protetiva direcionada às pessoas portadoras de transtornos mentais, qual seja, a Resolução nº 1.407 de 1994 do Conselho Federal de Medicina, que apesar de sua aparente eficácia *interna corporis*, representará um poderoso instrumento na efetivação dos direitos resguardados a tais sujeitos, na medida em que estabeleceu princípios, limitações e orientações aos agentes que intermediavam o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais, ou seja, os próprios médicos. No ano de 2000, tal norma será suplementada por outra resolução do Conselho Federal de Medicina, a Resolução CFM nº 1.598/2000, que também acompanhará as discussões jurídicas sobre a matéria no âmbito de tramitação do Projeto de Lei nº 3.657/89 no Congresso Nacional.

Ambas as resoluções, como enfatizado, foram promulgadas antes da Lei nº 10.216/2001 sendo por ela recepcionada naquilo que não a contrariava. Nesse sentido, é possível observar um efeito curioso da Lei nº 10.216/2001, ou antes, do seu processo de elaboração e discussão no Congresso Nacional, qual seja, o de produzir eficácia social antes mesmo que a respectiva lei possuísse vigência ou validade jurídica, haja vista que os instrumentos técnicos-jurídicos e o próprio direito material abrangido pela norma, seriam observados por seus destinatários antes mesmo da sua promulgação.²⁷

Importante frisar, que a Resolução nº 1.407 de 1994 do Conselho Federal de Medicina, apesar de sua importância no contexto em que foi criada e no qual vigorou, foi expressamente revogada pela Resolução CFM nº 1.952/2010, que também revogou alguns

²⁷ Nessa perspectiva, após a apresentação do projeto em 1989, houve uma intensificação da discussão sobre o tema em todo o país, o que suscitou a elaboração e aprovação, em oito estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. Ressalte-se ainda que o Ministério da Saúde editou no período 11 portarias, das quais destacam-se as Portarias nº 189/91 e nº 224/92, que deram existência institucional aos Núcleos de Atenção Psicossocial e aos Centros de Atenção Psicossocial, e as Portarias nº 106 e nº 1.220, ambas de 2000, que instituíram os “serviços residenciais terapêuticos” (BRITO; VENTURA, 2012, p. 52).

artigos da Resolução CFM nº 1.598/2000. Em verdade, a Resolução CFM nº 1.952/2010 se configura enquanto uma regra secundária, nos moldes concebidos por Herbert L. A. Hart (1994), ou seja, constitui-se mais como uma regra sobre regras do que uma regra sobre condutas, representado, assim, apenas uma *regra de modificação*, que revogou e/ou alterou algumas normas anteriores, visando adequar o sistema de proteção à norma superveniente: a Lei nº 10.216/2001.

Em sentido análogo, a Resolução CFM nº 2.057/2013, revogou integralmente a Resolução CFM nº 1.598/2000, estabelecendo, contudo, novas diretrizes em saúde mental, que por sua vez, estarão em maior consonância com a Constituição Federal e com a Lei nº 10.216/2001.

A partir desse breve levantamento, tem-se que a proteção destinada às pessoas portadoras de transtornos mentais no ordenamento jurídico brasileiro, é regulada no âmbito infraconstitucional pela Lei nº 10.216/2001, e pela Resolução CFM nº 2.057/2013, além de diversas portarias ministeriais que regulamentam as modalidades de serviços oferecidos e prestados a tais sujeitos de direito.

Ademais, outra norma de fundamental importância nesse contexto é a Resolução nº 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, referente “*A proteção de Pessoas acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*”.

Nessa esteira, após à apresentação dessa rede normativa de proteção destinada às pessoas portadoras de transtornos mentais, passa-se a analisar, sob uma perspectiva sistêmica, os novos direitos resguardos a tal grupo de indivíduos, alçados juridicamente à categoria de novos sujeitos de direito.

Para realização de tal análise, serão utilizados como fio condutor, os treze artigos elencados na Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, a partir dos quais se estabelecerá uma comunicação com as demais normas constitucionais, internacionais e infraconstitucionais que se relacionam em torno da matéria. Nesse sentido, será dada especial ênfase aos direitos civis assegurados às pessoas com transtornos mentais a partir da mencionada legislação, haja vista que uma análise mais aprofundada sobre os aspectos penais dela derivados mereceria um trabalho a parte.

Desse modo, serão destacados os novos direitos assegurados a tais sujeitos, além dos serviços assistenciais em saúde destinados às pessoas portadoras de transtornos mentais e

as modalidades de internação legalmente previstas, de modo a perceber como os dispositivos elencados na lei se coadunam com a reforma psiquiátrica que se opera no país.

3.2 Direitos de Igualdade e Singularidade e o Direito da Não Discriminação das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (Art. 1º da Lei 10.216/2001)

A Constituição Federal de 1988 estabelece em seu art. 5º, *caput*, “que **todos são iguais perante a lei**, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos residentes no país a inviolabilidade do direito, à vida, à liberdade, à **igualdade**, à segurança e à propriedade”. A partir de tal dispositivo, subsume-se o denominado Princípio da Isonomia.

Historicamente, tal princípio demonstra ser herdeiro de toda uma tradição liberal de Estado, em que prevalecia a concepção individualista de sociedade, sendo a igualdade concebida, nesse contexto, como uma forma de proteção do indivíduo contra eventuais arbitrariedades cometidas pelo Estado. Contudo, gradativamente, ocorrerá uma evolução conceitual sobre o sentido e o alcance desse comando isonômico, hoje previsto na maioria das Constituições.

É necessário ressaltar que quando a *igualdade* adentra a na ordem constitucional, ela é concebida, em um primeiro momento, não como um direito, mas como uma condição para o exercício das liberdades fundamentais. Nesse sentido, as Constituições brasileiras anteriores não enunciavam a igualdade como um dos seus direitos ou valores, mas primavam apenas pela “igualdade perante a lei” (FERRAZ JÚNIOR *et al*, 1989).

A expressão “todos são iguais perante a lei”, representa nesse contexto, a **isonomia formal**, positivada já nos primórdios do constitucionalismo, notadamente na Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, e que se encontra também prevista na Constituição Federal de 1988, na primeira parte do *caput* do seu art. 5º. Nesse aspecto, a igualdade é concebida como um tratamento indiscriminado perante a lei, no sentido de que uma mesma lei não pode ser aplicada de forma diferenciada para pessoas ou grupo de pessoas que se encontram na mesma situação jurídica, sem que exista fundamento legal para tanto. Representa deste modo, um direito de resistência do indivíduo contra o Estado, sendo assim, considerado como um direito individual, que tem como sujeito o ser humano, abstratamente considerado.

Não obstante, de acordo com a atual ordem constitucional, a igualdade é concebida não apenas como uma condição de aplicação da lei, mas também como um direito. Nesse

segundo sentido, ela também se encontra positivada na atual Constituição, em seu art. 5º, *caput*, sendo ali garantido, na parte final do disposto, a sua inviolabilidade ao lado de outros direitos fundamentais, representando, assim, a denominada **isonomia material**, que visa a equalização ou equilíbrio de possibilidades, oportunidades e participação econômica e social. Nesse sentido:

a igualdade [...] como conteúdo axiológico de direito deve ser tomada num sentido negativo, como direito de não ser discriminado, cujo conteúdo é o dever (do Estado e dos demais concidadãos) de omitir discriminações. Num sentido positivo é também um direito ao máximo das condições e oportunidade de participação nos benefícios, cujo conteúdo é o dever (do Estado e dos demais concidadãos) de agir de modo a propiciá-los (FERRAZ JÚNIO *et al*, 1989, p. 32).

Observa-se, assim, que na estrutura do Estado Contemporâneo, o Princípio da Isonomia alcançou um sentido complexo, de modo que, via de regra, se encontra assegurado na ordem constitucional tanto em seu aspecto formal (negativo) quanto em seu aspecto material (positivo).

Não obstante, há de se reconhecer e destacar a noção de igualdade que se baseia no ideal do bem comum, do Estado Democrático de Direito, que “deve promover a equiparação de todos perante a vida, assegurando igualdade de oportunidades no acesso à educação, à cultura e aos bens materiais” (BARROSO, 2009, p. 80).

Nesse sentido, a isonomia abrangerá um segundo princípio, o denominado princípio da singularidade, compreendido em tal contexto, como um desdobramento do próprio princípio da igualdade, que admitirá a diferenciação jurídica entre pessoas se essa distinção possibilitar a equiparação ou diminuição das desigualdades reais e injustas. De acordo com esse entendimento, tanto a Constituição quanto a legislação infraconstitucional que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, foram elaborados com a finalidade precípua de assegurar a esse grupo de pessoas, reais possibilidades de inclusão social.

Nesse aspecto, o art. 1º da Lei nº 10.216/2001, garante a igualdade formal entre as pessoas portadoras de transtornos mentais, quer seja entre tal grupo de pessoas entre si, quer seja em relação ao portador de transtorno em relação a qualquer outra pessoa, espelhando, infraconstitucionalmente, a previsão contida no art. 5º, *caput*, da Constituição Federal de 1988 (MUSSE, 2008, p. 76). Assim, o mencionado dispositivo da lei, garante que:

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

nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidades ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (grifos nossos).

Em termos semelhantes dispõe a Resolução CFM nº 2.057/2013, que em seu artigo 4º, disciplina que:

Art. 4º O diagnóstico de doença mental deve ser feito por médico, de acordo com os padrões aceitos internacionalmente, **sem considerar status econômico, político ou social, orientação sexual, pertinência a grupo cultural, racial ou religioso, ou por qualquer razão não relacionada ao estado de saúde mental da pessoa** (grifos nossos).

Se os supramencionados dispositivos evidenciam o caráter formal da isonomia, relacionando tal aspecto principiológico às pessoas portadoras de transtornos mentais, e vedando a discriminação de tais indivíduos, a Resolução nº 46 da ONU, referente aos *Princípios para a Proteção da Pessoa Acometida de Transtorno Mental*, irá relacionar esse aspecto formal da isonomia à necessidade de diferenciação, respaldando-se no princípio da igualdade material ou da singularidade:

Não haverá discriminação sob pretexto de 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** (Princípio 1, § 4º, grifos nossos).

Conforme se observa, a proibição evidenciada no dispositivo acima, não decorre apenas de uma igualdade formal, mas também da necessidade de promoção da igualdade material, de acordo com a singularidade das pessoas portadoras de transtornos mentais, objetivo esse que deve ser almejado quando da aplicação de toda e qualquer norma protetiva relacionadas a tais sujeitos de direitos.

Assim, o direito à singularidade das pessoas com transtorno mental se exterioriza, na medida em que sua desigualdade seja reconhecida enquanto igualdade, ou nas palavras de Manelick Carvalho Netto, “quando sua diferença não seja mais mote de discriminação, mas seja garantido o seu direito à diferença em uma sociedade plural e complexa” (2005, p. 52).

3.3 O Princípio da Dignidade Humana e os direitos em espécie das pessoas portadoras de transtornos mentais (Art. 2º da Lei 10.216/2001)

Conforme observado no tópico anterior, para que fosse possível a efetivação dos direitos previstos na Lei 10.216/2001, a própria lei previu, em seu art. 1º, a vedação a qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno mental, assim como qualquer outra forma de discriminação.

Não obstante, em se tratando de pessoas portadoras de transtornos mentais, em razão de sua maior vulnerabilidade, para além da promoção da igualdade e do afastamento da discriminação, a garantia da *dignidade humana* de tal grupo de indivíduos exigiu a formulação de um aparato normativo suplementar, que se constitui dos direitos específicos destinados a tais sujeitos de direito.

Nesse sentido, o **art. 2º, parágrafo único**, da Lei nº 10.216/2001, elenca, por meio de nove incisos, uma série de direitos dos portadores de transtornos mentais que, nos termos do *caput* do referido artigo, devem ser formalmente informados, nos atendimentos em saúde mental, à pessoa que se submete a tais serviços, assim como aos seus familiares ou responsáveis.

O primeiro desses direitos, previsto no **inciso I** do parágrafo único, do art. 2º, é o de o portador de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades. De acordo com esse comando, o tratamento oferecido e/ou disponibilizado ao portador de transtorno mental, deve ser o melhor dentre os disponíveis no sistema de saúde, devendo ser, ao mesmo tempo, compatíveis com a característica da pessoa atendida, com os seus transtornos e com as suas necessidades terapêuticas (SANTORO FILHO, 2012, p. 30).

Em sentido análogo, a Resolução CFM nº 2.057/2013, dispõe no seu art. 1º, § 1º, que:

É dever dos médicos defender o direito de cada paciente de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados à sua situação clínica ou cirúrgica.

Já o **inciso II**, do art. 2º, p.u., da Lei nº 10.216/2001, dispõe que a pessoa portadora de transtorno mental deve ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e

na comunidade. Observa-se a partir de tal dispositivo, a positivação de caracteres da reforma psiquiátrica que se opera no país, que visa a desinstitucionalização do tratamento destinado a tais indivíduos, passando a inserção social a ser considerada a própria finalidade do tratamento. Além disso, o supramencionado inciso dispõe que, quanto o portador de transtorno mental for submetido ao atendimento, ele deve ser tratado com humanidade e respeito, o que decorre também da observância ao fundamento constituição da *dignidade da pessoa humana*.

Nota-se, assim, que o tratamento pela internação não pode mais ser utilizado como forma de segregação ou exclusão social de tais sujeitos, uma vez que recuperação da pessoa com transtorno mental passa a ser direcionada pela e para sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Em sentido análogo dispõe o **inciso III**, do art. 2º, p.u., da referida lei, que determina a proteção dos sujeitos de direitos abrangidos pela referida norma contra qualquer forma de abuso e exploração, representando, assim, uma reafirmação do respeito à sua dignidade.

O **inciso IV**, do supramencionado dispositivo da lei, garante ao paciente, o sigilo das informações prestadas, espelhando-se, assim, nas garantias constitucionais da privacidade e intimidade, previstas no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal. Ademais, o comando positivado em lei e na própria Constituição, é elevado à condição de princípio pela Resolução nº 46/119 da ONU, que estabelece que:

PRINCÍPIO 6

Confidencialidade

Deve-se respeitar o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios, à confidencialidade das informações que lhes concernem.

Não obstante, é necessário ressaltar que tal princípio suporta flexibilização quando a confidencialidade importar prejuízo à própria saúde e/ou segurança do paciente ou de terceiros (SANTORO FILHO, 2012, p. 31), em casos, por exemplo, em que o paciente manifestar tendências suicidas e/ou homicidas.

O **inciso V**, por sua vez, dispõe sobre o direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não da hospitalização involuntária. Conforme se observa da leitura do dispositivo, a desinstitucionalização não pressupõe a total supressão dos agentes e espaços destinados à internação e tratamento das pessoas com transtornos mentais, mas visa o redimensionamento de suas funções. Desse modo, considerando que a internação se

refere a um ato médico, apenas tal profissional pode prestar os esclarecimentos pertinentes e autorizar a internação, quer seja em sua modalidade voluntária quanto involuntária. Ademais, tal profissional poderá ser acionado pelo paciente a qualquer tempo, para que confirme ou não a necessidade da manutenção da internação.

Conectado ao princípio da confidencialidade e ao dever de sigilo, estabelecido no inciso IV está o direito previsto no **inciso VI**, do art. 2º, p.u., da norma analisada, que garante ao portador de transtorno mental o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis. Dessa forma, se o inciso anterior determina a discricão sobre as informações prestadas na relação médico/paciente, o inciso VI prevê o acesso irrestrito dos meios de comunicação aos portadores de transtorno mental, ou seja, enquanto o inciso IV é um comando negativo (não fazer/manter sigilo), o inciso VI é um comando positivo (dispor o acesso dos meios de comunicação aos PTM). Não obstante, é necessário enfatizar que o direito de livre acesso aos meios de comunicação não deve se opor o direito da confidencialidade, de modo que o acesso aos meios de comunicação por terceiros, “em favor” de portador de transtorno mental, apenas pode ser realizado mediante autorização expressa desse último.

Mais afeto ao princípio da confidencialidade e ao dever de sigilo, está o direito garantido no **inciso VII**, do art. 2º, p.u., da Lei 10.216/2001, que garante ao portador de transtorno mental a obtenção do maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento. Trata-se de outra espécie de comando positivo em favor do portador de transtorno mental. De fato, a partir de tal dispositivo subsume-se que o usuário do sistema de saúde mental não é mais - ou não é apenas - objeto de tratamento, mas, antes, uma pessoa, reconhecida como tal e, assim, participe do seu próprio processo de recuperação (SANTORO FILHO, 2012, 32).

O **inciso VIII** prevê que a pessoa portadora de transtorno mental deve ser tratada em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis. Desse dispositivo, depreende-se a obrigatoriedade de se dispensar tratamento efetivo e em ambiente adequado, sendo manifestamente ilegal o atendimento ou internação em estabelecimentos asilares e/ou desprovido de recursos de assistência médica e social destinada a recuperação do paciente. Ademais, os eventuais tratamentos destinados a tal grupo de pessoas devem estar atrelados à proteção de sua dignidade humana, devendo-se por tal fundamento, optar, dentre os meios mais eficazes de tratamento, pelos menos agressivos.

Finalmente, o **inciso IV**, do art. 2º, parágrafo único, da Lei 10.216/2001, dispõe sobre o direito do portador de transtorno mental ser tratado, preferencialmente, em serviços

comunitários em saúde mental. Tais serviços comunitários se referem à descentralização do tratamento em saúde mental atinentes a atenção primária e secundária em saúde, que objetiva um contato mais direto com a população atendida. Fazem parte desse modelo assistencial os CAPS (Centros de Atendimento Psicossociais) e os SRTs (Serviços Residenciais Terapêuticos), instituições essas que visam um atendimento extra-hospitalar, denotando o caráter excepcional e subsidiário dos tratamentos hospitalares e da internação, representando, assim, uma real garantia à efetivação da Reforma Psiquiátrica no país.

Importante ressaltar que os direitos aqui apresentados não constituem um rol taxativo, pois não excluem, como afirmado, os demais direitos previstos pela própria Lei nº 10.216/2001 e por outros diplomas normativos, especialmente na Constituição Federal, sem olvidar as normas de direito internacional que estabelecem diretrizes sobre a matéria, que também devem ser observados no âmbito interno do ordenamento jurídico, como suplemento ao direito pátrio no que tange às suas lacunas e falhas.

3.4 O direito à assistência integral, ao atendimento adequado e ao acesso aos serviços em saúde mental (arts. 3º ao 5º da Lei 10.216/2001)

O **art. 3º** da Lei 10.216/2001, dispõe que “é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.

Nesse sentido, o acesso aos serviços de assistência à saúde física, mental e social, de acordo com as necessidades da pessoa com transtorno mental é um meio de promover e estabelecer a sua saúde em suas variadas dimensões. Como enfatiza o comando normativo exteriorizado pelo dispositivo transcrito acima, a promoção de tais ações e serviços de saúde devem contar com a participação da sociedade e da família, sem se excluir, contudo, o dever do Estado, o qual tem por obrigação a criação e manutenção dos estabelecimentos destinados ao tratamento em saúde mental, entendidas nesse contexto como “instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.

Não obstante, é necessário ressaltar que a internação, antes adotada como regra no tratamento em saúde mental passa, a partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, a ter um

caráter excepcional e subsidiário, ou nos termos do **art. 4º** da lei, apenas deverá ser indicada “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

O **§ 1º, do art. 4º** da lei ora analisada repete, ou antes, ratifica o comando presente no art. 2º, inciso II, ao estabelecer que o tratamento, além de almejar o reestabelecimento da saúde, visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio social. O **§ 2º, do art. 4º**, por sua vez, dispõe que em caso de internação, o tratamento em tal regime deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, dentre outros.

Vê-se assim, que a Reforma Psiquiátrica almejada pela Lei 10.216/2001, não pressupõe a abolição dos espaços de tratamento destinado às pessoas portadoras de transtornos mentais, mas antes a sua otimização, visando à reintegração da pessoa ao seu meio social a partir da oferta de serviços especializados, que ultrapassam o saber médico, passando a englobar várias outras modalidades de serviços.

Assim, o que se pretende abandonar são as formas precárias de tratamento, não os espaços de tratamento em si. Tal ideia é reafirmada pelo **§ 3º do art. 4º** da mencionada lei, que veda a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, sendo compreendida como tais, as instituições que não asseguram aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único, do artigo 2º da Lei 10.216/2001, analisados no tópico anterior.

É nesse sentido que deve ser compreendida a desinstitucionalização almejada pela supramencionada norma, e pela reforma psiquiátrica como um todo, objetivo esse, que se torna ainda mais evidente a partir da leitura do **art. 5º** da referida Lei, que prevê formas graduais de desinstitucionalização em cada caso concreto, conforme transcrição do dispositivo abaixo:

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

A desinstitucionalização nesses moldes se refere a um processo que integra a nova política em saúde mental, tendo por finalidade precípua a reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental.

Nesse contexto, a atenção em saúde mental às pessoas portadoras de transtornos mentais, pode ser realizada, conforme já antecipado, por meio da Atenção Primária em Saúde, a qual é efetivada por meio do Programa Saúde da Família - PSF; da Atenção Secundária, realizada, por exemplo, por meio de ambulatórios especializados, pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros serviços; e Atenção Terciária, representada pelos hospitais que possuam leitos destinados ao atendimento em saúde mental, além dos próprios hospitais psiquiátricos.

A seguir, serão apresentadas algumas modalidades de serviços de atenção em saúde mental, a partir da qual se buscará analisar, sempre que possível, a realidade local em relação a efetivação de tais serviços.²⁸

3.4.1 Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial representam o primeiro instrumento de desinstitucionalização, guardando grande relevância para a efetivação da Reforma Psiquiátrica como um todo, sendo considerada a primeira opção de tratamento em saúde mental por meio extra-hospitalar.

Conforme a Portaria GM nº 336, de 19/02/2002, do Ministério da Saúde, que regulamenta tais serviços, os CAPS se constituem enquanto unidades de atendimento público em saúde mental (art. 2º), de natureza ambulatorial de atenção diária (art. 1º, § 1º) e autônomas, no sentido de que funcionam em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar (art. 3º).

Tais serviços substitutivos:

[...] têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12).

²⁸ Em relação aos locais de atendimentos em saúde mental prestados em São Luís/MA, em anexo ao trabalho, segue tabela contendo lista dos respectivos endereços.

Dividem-se em CAPS I, II ou III, de acordo com o seu porte ou complexidade e abrangência populacional do local de sua implantação, definidos no art. 4º da supramencionada Portaria GM nº 336, de 19/02/2002.

De acordo com o referido dispositivo, os **CAPS I** são os serviços de menor porte, implantados em municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 70.000 (setenta mil) habitantes, funcionando nos dias úteis da semana, das 8h às 18h.

Os **CAPS II** são unidades de porte médio, destinados a municípios com mais de 70.000 (setenta mil) habitantes, que funcionam durante os cinco dias úteis da semana, das 8h às 18h, podendo ter ainda um terceiro turno de atendimento, funcionando até às 21h.

Por fim, os **CAPS III** prestam serviços de maior porte, instalados em municípios com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes. Funcionam de modo ininterrupto, inclusive nos finais de semana e feriados e possuem até cinco leitos, permitindo o acolhimento noturno e, inclusive, internação pelo período máximo de sete dias.

Além do CAPS I, II e III, existem ainda os CAPS que atendem demandas específicas, sendo eles os CAPS Infantis (**CAPS i**), que são especializados no atendimento de crianças e adolescentes e funcionam em municípios com mais de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, durante os cinco dias úteis da semana, também regulados pela supramencionada portaria ministerial; e os CAPS Álcool e Drogas (**CAPS ad**), que são previstos para municípios com mais de 70.000 (setenta mil) habitantes ou cidades que, por sua localização, necessitem de atendimento especializado no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Essa última modalidade de CAPS é regulamentada tanto pela Portaria GM nº 336/2002, quanto pela Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, também do Ministério da Saúde.

Todas essas modalidades se referem a serviços substitutivos, e não complementares aos hospitais psiquiátricos, tendo por função realizar o acompanhamento clínico e proporcionar, mediante o acesso ao trabalho, lazer, exercícios de direitos e fortalecimentos dos laços familiares e sociais, a reintegração social das pessoas portadoras de transtornos mentais (SANTORO FILHO, 2012, p. 52)

No Maranhão existem atualmente oitenta e seis Centros de Atenção Psicossocial em todo o Estado, sendo que os maiores municípios, como São Luís, Imperatriz e Timon, possuem dois ou mais CAPS²⁹.

²⁹ De acordo com dados do Ministério da Saúde, disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=21&VMun=

Considerando que o Estado possui 217 municípios, o número de CAPS é dramaticamente insuficiente para cumprir a sua função na rede de saúde mental, qual seja, promover assistência em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo³⁰, a pacientes com transtornos mentais e comportamentais, inclusive crianças, e usuários dependentes de álcool e outras drogas

3.4.2 Ambulatórios de Saúde Mental

Os Ambulatórios de Saúde Mental se apresentam como serviços que prestam assistência, preponderantemente, às pessoas, de qualquer idade, que sofram de transtornos mentais menores. Também podem atender a usuários de álcool e outras drogas. Tais serviços possuem uma maior presença na Capital do Estado, onde funcionam seis ambulatórios de saúde mental públicos e gratuitos, sendo dois deles destinados ao tratamento de transtornos mentais em adultos, dois destinados ao tratamento de transtornos mentais em crianças e adolescentes, e outros dois destinados ao tratamento de dependentes de álcool e outras drogas.

Os ambulatórios oferecem atenção médica curativa e medicamentosa, com oferta de remédios e prescrições, com atividades exclusivas de consultas psiquiátricas e psicológicas, diferentemente do que ocorre nos CAPS, que contam com uma equipe multiprofissional, que realiza várias atividades e oficinas terapêuticas como forma de promover o tratamento dos pacientes, que pode ser desenvolvido tanto individual como coletivamente, de acordo com a indicação clínica.

3.4.3 Serviço Residencial Terapêutico

Os Serviços Residenciais Terapêuticos foram criados a partir da Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, sendo, portanto, anterior à promulgação da Lei nº 10.216 de 2001.

³⁰ Por atendimento *intensivo*, compreende-se aquele destinado aos pacientes que, em função do quadro manifestado, necessitam de acompanhamento diário. *Semi-intensivo* é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas que não precisam estar diariamente no CAPS. Por fim, *não-intensivo* é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor (SANTORO FILHO, 2012, p. 52).

Tal modalidade de serviço integra o Sistema Único de Saúde – SUS, como um dos instrumentos de atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais. De acordo com Antônio Carlos Santoro Filho (2012), trata-se de casas ou moradias preferencialmente inseridas nas comunidades, destinadas a substituir as internações psiquiátricas prolongadas e cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social.

No contexto da desinstitucionalização, é necessário que suas estruturas físicas sejam situadas fora dos limites das unidades hospitalares gerais ou especializadas no tratamento em saúde mental.

Cumpra aos Serviços Residenciais Terapêuticos, garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia. Ademais, atuam como unidades de suporte destinadas, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado, visando promover a reinserção desses pacientes à vida em comunidade. Desse modo, os Serviços Residenciais Terapêuticos buscam efetivar dois direitos básicos da pessoa com transtorno mental: a moradia e a reintegração social.

Observa-se assim, que tais instituições se amoldam a previsão contida no art. 5º da Lei 10.216/2001, segundo o qual os pacientes há longo tempo hospitalizados, em situação de grave dependência institucional, devido ao seu quadro clínico ou por ausência de suporte social, devem ser objeto de política específica de reabilitação psicossocial assistida.

Atualmente existem no Estado três casas que prestam Serviço Residencial Terapêutico, todos na região metropolitana da capital São Luís/MA.

3.4.4 Hospital Geral

O Hospital Geral presta diversos serviços em saúde, e se apresenta como um serviço de atenção em saúde mental quando atua na modalidade de *urgência psiquiátrica e leito* ou na modalidade *unidade psiquiátrica* (MUSSE, 2008, p. 86).

No ano de 2012 foi editada a Portaria GM/MS nº 148, de 31/12/2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso

de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, que em seu art. 8º, parágrafo único, preceitua que **o Serviço Hospitalar de Referência deve ser implantado em Hospitais Gerais**, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica. A referida portaria estabelece, ainda, em seu art. 9º, inciso I, que a distribuição dos leitos hospitalares deverá atender à proporção de **1 (um) leito** de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas **para cada 23 mil habitantes**. De acordo com o inciso II, do referido artigo, o número de leitos para tal finalidade, não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do Hospital Geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos.

No Estado do Maranhão, existem atualmente sete Hospitais Gerais, sendo um na capital, São Luís, e os demais nos municípios de Monção, Alto Alegre, Timbiras, Barreirinhas, Peritoró e Grajaú, estando todos eles abrangidos pela referida norma, de modo que cada um deles devem dispor de leitos destinados ao tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais, na proporção estabelecida pela Portaria GM/MS nº 148/2012.

3.4.5 Hospital Psiquiátrico e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Considera-se Hospital Psiquiátrico aquele cuja maioria dos leitos se destina ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de *internação*, nos termos da Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

Como destacado no decorrer do trabalho, o hospital psiquiátrico se manteve, durante quase toda a história da assistência em saúde mental no Brasil, como o único local de tratamento às pessoas portadoras de transtornos mentais. Porém, como evidenciado no decorrer deste capítulo, o hospital psiquiátrico passou a disputar espaço com outras modalidades e locais de tratamento a partir da Reforma Psiquiátrica, que vem se operando no país desde a década de 1980.

No Estado do Maranhão, há três hospitais que realizam a internação de pacientes em estágio agudo da enfermidade ou mesmo em estágio cronicado. O mais importante dos três é o Hospital Nina Rodrigues, que conta com 103 leitos. Além desse hospital, existem mais dois que são credenciados para realizar tal serviço, também localizados na Capital do Estado: a Clínica La Ravardiére e a Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria.

Considerando que por própria definição o Hospital Psiquiátrico se destina a *internação* das pessoas portadoras de transtornos mentais, tal espaço deveria ter uma função subsidiária no atendimento de tal parcela da população, principalmente após a promulgação da lei 10.216/2001, que expressamente dispõe, em seu art. 4º, que “a internação em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Contudo, em alguns casos, o Hospital Psiquiátrico ainda continua sendo referência no tratamento em saúde mental, concentrando muitas das funções que a própria legislação buscou descentralizar.

Nesse sentido, é notório o exemplo do Hospital Nina Rodrigues, que além da internação, concentra o serviço de pronto atendimento, urgência e emergência, ambulatório, local de abrigo e triagem destinado a pacientes sem amparo social e/ou familiar (Posto A), centro de atenção psicossocial, o qual inclui atendimento a usuários de drogas (Anexo Bacelar Viana), sendo utilizado, ainda, como Hospital de Custódia, para cumprimento de medidas de segurança.

Nesse contexto, a nomenclatura Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HTPC) se refere a uma nova denominação ao antigo manicômio judiciário, voltado ao atendimento das pessoas com transtornos mentais que tenham praticado crimes e que sejam considerados inimputáveis ou semi-imputáveis (art. 99 da Lei de Execução Penal). Como salientado, o Hospital Nina Rodrigues concentra ambas as funções - de Hospital Psiquiátrico e Hospital de Custódia - sendo que os pacientes que cumprem medidas de segurança são apartados dos demais internos, em estrutura própria, localizada na parte central da Instituição.

3.5 A internação das pessoas portadoras de transtornos mentais e suas modalidades (arts. 6º ao 10º da Lei 10.216/2001)

Os dispositivos da Lei 10.216/2001 até o momento analisados, tratam sobre direitos resguardados às pessoas com transtornos mentais, além de estabelecer restrições ao processo de internação. Dentro dessa perspectiva, a Lei 10.216/2001 estabelece que as internações apenas devem ser realizadas como último recurso terapêutico, caso inexista recursos extra-hospitalares ou quando esses se mostrarem insuficientes para atender à demanda do usuário.

Nesse sentido, é importante ressaltar que mesmo com a utilização desse último recurso, não se deve objetivar a restrição total da autonomia da vontade e da liberdade de

locomoção do portador de transtorno mental, haja vista que a internação deve possuir um sentido terapêutico e não meramente excludente e/ou sancionatório. Nesse sentido:

[...] independentemente da natureza e da gravidade da anomalia psíquica, só nos casos em que a mesma é susceptível de tratamento psiquiátrico em internamento, este pode ser imposto ao internado. Nunca, pois, o propósito de mero confinamento ou inocuização pode legitimar o internamento compulsivo [ou qualquer outra modalidade de internação] (LATAS; VIEIRA, 2004, p. 91).

Esse caráter subsidiário da internação é respaldado ainda pela Carta de Princípios para a Proteção de Pessoas acometidas de Transtorno Mental da ONU (1991), que estabelece que “toda pessoa acometida de transtorno mental deverá ter direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade (Princípio 3)” e que “todo usuário tem direito a ser tratado em ambiente menos restritivo possível (Princípio 9, § 1º)”.

Importante ressaltar, que muito embora a Lei 10.216/2001 seja reconhecida enquanto um marco para a reforma psiquiátrica, além de demarcar o próprio processo de desinstitucionalização em saúde mental no país, tal norma não abole completamente a internação, estabelecendo, em seu próprio texto - especificamente em seu art. 6º, parágrafo único - as modalidades de internação legalmente previstas.

Ademais, entre seus artigos 6º e 10º, a mencionada lei irá regular o processo de internação em cada uma de suas modalidades, sendo suplementada, nesse sentido, pela Portaria GM/MS nº 2.391/2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV).

Desse modo, a efetivação da internação, seja qual for a sua modalidade, estará sujeita a uma série de requisitos que constituem garantias atribuídas às pessoas portadoras de transtornos mentais, tendo por finalidade evitar internações indevidas ou o seu prolongamento desnecessário (SANTORO FILHO, 2012, p. 36).

Assim, ainda que seja questionável conceber a internação enquanto um direito resguardado à pessoa portadora de transtorno mental, é coerente perceber que ela será balizada por restrições, garantias e direitos assegurados a tais sujeitos, dentre os quais, a própria dignidade da pessoa humana, visando a proteção aos interesses e à própria saúde de tais indivíduos vulnerabilizados.

Conforme já destacado, constitui o primeiro requisito para a realização de qualquer internação a sua absoluta *necessidade*, ou seja, tal modalidade de tratamento apenas será

admitida quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem *insuficientes* (art. 4º da Lei 10.216/2001).

Além desse critério, de acordo com o *caput* do art. 6º, da Lei 10.216/2001, é indispensável para internação a existência de laudo médico circunstanciado, que caracterize os seus motivos.

Por laudo médico circunstanciado, entende-se aquele que revela as funções mentais do paciente e as circunstâncias em que se encontra e que, a partir desses elementos e discussão dos exames realizados, elabora o diagnóstico, o prognóstico e a conclusão quanto à adequação ou necessidade da internação (SANTORO FILHO, 2012, p. 36-37). Ou ainda, nos termos do art. 5º, parágrafo único, da Portaria GM/MS nº 2.391/2002:

O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica [...], a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I - identificação do estabelecimento de saúde;
- II - identificação do médico que autorizou a internação;
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V - motivo e justificativa da internação;
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII - CID;
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);
- IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e
- X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
- XI - previsão estimada do tempo de internação.

Vê-se assim, que para a realização da internação, seja qual for sua modalidade, não basta a apresentação de um simples atestado, contendo apenas a indicação de enfermidade ou transtorno mental e respectivo CID (Código Internacional de Doenças). Ausente o laudo médico, não deve subsistir a internação, que pode ser atacada, inclusive, pela via do *habeas corpus*, sem prejuízo às sanções penais cominadas aos responsáveis pela internação irregular³¹.

A Lei 10.216/2001, em seu artigo 6º, parágrafo único, prevê três modalidades de internação psiquiátrica: voluntária (IPV), involuntária (IPI) e compulsória (IPC). A Portaria GM/MS nº 2.391/2002, prevê ainda, em seu art. 3º, uma quarta modalidade, qual seja, a

³¹ O estabelecimento de saúde mental ou familiar que aceitar ou solicitar internação em desconformidade com os preceitos normativos dispostos na Lei nº 10.216/2001 e na Portaria GM/MS nº 2.391/2002 *praticam delicto de cárcere privado*, que consiste em acorrentar, trancar, manter preso em casa, pessoa com transtorno mental (art. 148, § 1º, I, do CP) ou interna-lo contra sua vontade, mantendo-o em clínica de repouso ou hospital em geral (art. 148, § 1º, I, do CP) afligindo-lhe grave sofrimento físico ou moral (art. 148, § 2º, do CP), cuja pena varia de 2 a 8 anos de reclusão.

internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI). A seguir, serão analisadas de maneira sucinta cada uma dessas modalidades.

3.5.1 Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV)

Constitui-se internação voluntária aquela que se dá com o consentimento do usuário. Caso a pessoa com transtorno mental opte por essa modalidade de internação, deverá assinar, no momento da sua admissão no respectivo serviço de saúde mental, uma declaração ou termo de consentimento livre e esclarecido informando que esse é o regime de tratamento de sua livre escolha (art. 7º, *caput*, da Lei 10.216/2001 e art. 9º da Portaria GM/MS nº 2.391/2002). O termo ficará sob a guarda do estabelecimento em que for realizada a internação.

O término da internação voluntária se dá quando o usuário do serviço de atenção em saúde mental o solicitar, ou ainda, nos termos do parágrafo único, do art. 7º, da Lei 10.216/2001, por determinação do médico assistente.

Observa-se assim, que apesar de a Lei nº 10.216, se pautar, em tese, em uma proposta de rompimento da hegemonia médica e hospitalocêntrica, a referida norma ainda privilegia a autoridade e o saber médico em detrimento dos demais saberes representados pelos outros membros da equipe de saúde mental e, principalmente, em detrimento do trabalho em equipe, estabelecendo prerrogativas exclusivas para a classe médica, como no caso, a conveniência da internação ou da desinternação psiquiátrica voluntária. Nesse aspecto, a Lei nº 10.216/2001 reproduz o modelo das legislações que a antecederam (MUSSE, 2008, p. 90).

Ademais, ao estabelecer que o término da internação voluntária estará condicionado à solicitação do paciente **ou à determinação do assistente médico** (art. 7º, p.u., da Lei 10.216/2001), a lei acabou por gerar uma margem de discricionariedade ao profissional médico de não acatar a solicitação do paciente em pôr fim a internação voluntária, tornando possível a modalidade de internação a seguir analisada.

3.5.2 Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI)

A internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária, embora não esteja expressamente prevista na Lei nº 10.216/2001, foi implementada, como já afirmado, pela

Portaria GM/MS nº 2.391 (art. 3º). A IPVI consiste na modalidade de internação voluntária que, durante o seu curso, torna-se involuntária, no momento em que o paciente internado exprimi sua discordância com a manutenção da internação (art. 3º, § 3º, da Portaria GM/MS nº 2.391).

Essa manutenção pode decorrer tanto de solicitação por parte de familiares ou responsáveis pelo portador de transtornos mentais quanto por parte da equipe de saúde mental, sendo que em ambos os casos deverá ser autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento (art. 8º da Lei 10.216/2001).

De toda sorte, independentemente de quem solicitar ou autorizar a permanência do usuário na instituição, desde que seja contra a vontade do paciente, o respectivo serviço de saúde mental deve dar ciência ao Ministério Público Estadual (ou do Distrito Federal e Territórios), enviando-lhe o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, tal como preceitua os arts. 6º e 7º da Portaria GM/MS nº 2.391/2001.

Como se vê, apesar de ser tratada como uma modalidade distinta pela referida portaria, a IPVI nada mais é do que uma internação involuntária que se deu de forma superveniente e ininterrupta em relação a uma internação voluntária, de modo que o que caracterizaria ou diferenciaria a IPVI em relação às outras modalidades com que se relaciona seria os trâmites burocráticos e procedimentais necessários para proceder a respectiva conversão.

3.5.3 Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI)

Ao contrário do que ocorre na internação voluntária, a IPI é promovida por terceiros e como o próprio nome sugere, tal modalidade de internação se caracteriza pela não concordância expressa por parte da pessoa com transtorno mental em se submeter a tal modalidade de tratamento, estando tal definição em conformidade com as previsões constantes tanto na Lei 10.216/2001 (art. 6º, II), quanto na Portaria GM/MS nº 2.391/2002 (art. 3, § 2º).

Ressalta-se que, configurada a possibilidade de haver a IPI, é resguardado ao paciente solicitar a presença médica, a qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária, nos termos do art. 2º, V, da Lei nº 10.216/2001.

Essa modalidade de internação requer a autorização de médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado em que se localiza o estabelecimento (art. 8º da Lei 10.216/2001).

Tanto a internação involuntária quanto a respectiva alta devem ser comunicadas ao Ministério Público Estadual, no prazo de setenta e duas horas, pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido a internação, nos termos do art. 8º, § 1º da Lei nº 10.216/2001.

Ainda de acordo com a referida lei, a desinternação pode ser requerida, por escrito, por familiares ou responsável legal pela pessoa com transtorno, desde que autorizada por médico devidamente registrado no CRM (art. 8º, § 2º, da Lei 10.216/2001).

A Portaria GM/MS nº 2.391/2002 também estabelece outros mecanismos de controle em relação às internações involuntárias. De acordo com a referida portaria, além de serem notificadas ao Ministério Público, as internações involuntárias também devem ser notificadas à Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, a ser constituída pelo gestor estadual do SUS, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual (arts. 3º e 10º).

Tal comissão deve ser multiprofissional, sendo integrada, no mínimo, por um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área da saúde mental, não pertencente ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual.

É recomendando, ainda, que da referida comissão façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviço de saúde mental e familiares. Por fim, é dever da Comissão Revisora efetuar, até o sétimo dia útil da internação, a revisão de cada internação involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia do laudo ao estabelecimento de saúde responsável pela internação no prazo de vinte e quatro horas (art. 12º, da Portaria GM/MS nº 2.391/2002)

Assim, a Portaria GM/MS nº 2.391/2002 ao determinar a criação de uma Comissão Revisora, procurou distribuir o poder e a responsabilidade pela internação involuntária a outros saberes, que não o estritamente médico, estando nesse sentido mais próxima à proposta da reforma psiquiátrica do que a própria Lei 10.216/01. Assim, enquanto a Lei 10.216/2001 determina que a internação involuntária deva ser autorizada por médico registrado no CRM do Estado em que se localiza o estabelecimento (art. 8º), a Portaria GM/MS nº 2.391/2002,

determina que caberá à uma Comissão Revisora fiscalizar tal procedimento, que terá inclusive o poder de emitir laudo desautorizando a internação.

Vê-se, assim, que a regulamentação federal acerca do procedimento adotado em caso de internação psiquiátrica involuntária, encontra-se em conformidade com o que dispõe o Princípio 16, § 2º, dos Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental da ONU³², sendo a Portaria GM/MS nº 2.391/2002, nesse sentido, fundamental para que se operasse a adequação do ordenamento jurídico pátrio às diretrizes protetivas internacionais sobre os direitos das pessoas com transtorno mental.

3.5.4 Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC)

A Internação Psiquiátrica Compulsória é uma das questões mais complexas e polêmicas da Reforma Psiquiátrica, e ao mesmo tempo, “uma das que menos atenção tem recebido por parte dos gestores públicos e dos profissionais que militam na área” (MUSSE, 2008, p. 95). A própria Lei nº 10.216/2001, trata da questão de modo lacônico em apenas dois dispositivos: no art. 6º, III, na qual apenas é enumerada ao lado de outras modalidades de internações, dispondo ser “aquela determinada pela justiça”; e no art. 9º, o qual dispõe que:

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 a salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Na Portaria GM/MS nº 2.391/2002, apesar de a IPC ser enumerada ao lado das outras modalidades de internações e de ser também identificada como “aquela determinada por medida judicial”, a própria portaria, expressamente se abstém de regulamenta-la, nos termos do seu art. 3º, § 4º, *in verbis*:

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

³² O Referido dispositivo dispõe que “2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, **ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos da admissão também deverão ser comunicados prontamente ao usuário, ao seu representante pessoal, se houver e, a menos que haja objeção do usuário, à sua família** (grifos nossos).

Não obstante, em uma análise sistemática do ordenamento jurídico, observam-se as seguintes hipóteses de internação compulsória, sem prejuízo a outras:

- a) quando a pessoa com transtorno mental pratica um crime;
- b) quando conclui-se que ela é inimputável, ou seja, é irresponsável penalmente;
- c) quando há o entendimento de que a pessoa oferece risco para si, para família ou para a sociedade;
- d) quando a sanção penal que lhe for imposta pelo juiz for o tratamento por intermédio de medida de segurança, que em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, quer em ambulatório.

Frisa-se, a referida internação deve ocorrer em conformidade com a legislação vigente, devendo o juiz do feito atentar às condições de segurança do estabelecimento e à salvaguarda do paciente dos demais internados e funcionários, nos termos do art. 9º da Lei 10.216/2001. Nessa esteira:

Com base na teoria do *parens patriae*, o Estado (art. 3º da Lei nº 10.216/2001), como substituto dos pais do paciente, deve autorizar sua internação compulsória (art. 6º, III, e 9º da Lei nº 10.216/2001), sempre que representar perigo para si mesmo, por tendência suicida, ou para outrem, se apresentar pendor para o homicídio ou para perturbar a ordem pública, ou se não tiver capacidade para cuidar de si mesmo de modo adequado (TRINDADE, 2004, p. 109).

Ressalta-se que a regulamentação mais detalhada da internação compulsória, por intermédio da medida de segurança, encontra-se disposta no Código Penal (CP), no Código de Processo Penal (CPP) e na Lei de Execução Penal (LEP), fugindo, portanto, do objeto de análise do presente estudo.

Por fim, é necessário esclarecer que qualquer ocorrência de maior gravidade ou importância que acontecer no decurso da internação, seja qual for sua modalidade (IPV, IPVI, IPI ou IPC), tais como evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento devem ser comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental, aos familiares ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência, nos termos do art. 10 da Lei 10.216/2001.

3.6 A participação da pessoa com transtorno mental em pesquisa para fins diagnósticos ou terapêuticos (art. 11 da Lei 10.216/2001)

De acordo com o art. 11 da Lei nº 10.216/2001, a participação do *paciente* em pesquisas científicas com finalidades diagnósticas ou terapêuticas requer o seu consentimento expresso ou de seu representante legal, assim como a comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Conforme se observa, o termo utilizado no dispositivo é “paciente”, o que pressupõe que para que seja contemplada pela norma, a pessoa portadora de transtorno mental deve estar submetida a algum tipo de serviço ou tratamento em saúde mental, ou, em caso de uma interpretação mais restritiva da norma, deve o portador de transtorno mental estar em regime de internação.

Contudo, antes de adentrar nessa discussão, é necessário observar a questão a partir de uma perspectiva mais ampla. Nesse sentido, ressalta-se que pesquisas envolvendo seres humanos, no Brasil, são reguladas pela Resolução CNS nº 196/1996. De acordo com definição dada pela própria resolução, *pesquisa envolvendo seres humanos* são aquelas que, “individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais” (item II. 1).

De acordo com esse entendimento, tais pesquisas não precisam necessariamente ser da área médica ou das ciências biológicas em geral, mas podem ser pesquisas de toda e qualquer área do conhecimento que tenha o ser humano como objeto de estudo, ou ainda, qualquer procedimento que mesmo não estando presente na literatura científica, envolva o ser humano (item III. 2).

A Resolução CNS nº 196/1996, estabelece, ainda, que para que uma pesquisa com seres humanos seja considerada ética, ela deve se pautar no consentimento livre e esclarecidos dos indivíduos alvos, além de visar a proteção a grupos vulneráveis e/ou legalmente incapazes (item III. 1, a). Nesse contexto, são exemplo de grupos vulneráveis, as crianças, os adolescentes, os idosos e as próprias *pessoas portadoras de transtornos mentais*.

De acordo com Luciana Barbosa Musse:

A eticidade de uma pesquisa perpassa, ainda, pela ponderação dos riscos e benefícios da pesquisa, atuais e futuros, para o indivíduo e para a coletividade. A realização da pesquisa só deve ocorrer se houver a constatação de que os riscos ou danos (malefícios) são menores ou inexistentes em relação aos

benefícios (beneficência) e que a importação social da pesquisa gera ganhos significativos para os seus participantes (2008, p. 152).

Vê-se, assim, que, para que seja considerada ética, a pesquisa deve observar várias exigências, dentre as quais, contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal (item III. 3, g), além de ser submetida a um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (item VII), cuja criação e organização é de competência da respectiva instituição em nome da qual ou pela qual a pesquisa é realizada.

No caso de pesquisas que envolvam pessoas portadoras de transtornos mentais, os respectivos Comitês de Ética devem ser integrados por representantes de associações de usuários e/ou portadores de patologias e deficiências, nos locais em que existam fóruns ou conselhos dessas entidades, nos termos da Resolução CNS nº 240, de 5 de junho de 1997.³³

Quanto a previsão contida no art. 11 da Lei 10.216/2001, que trata sobre matéria equivalente, a referida norma representa uma proteção extra destinada ao portador de transtorno mental que esteja em condição de paciente em alguma instituição ou serviço de saúde mental, dentre os quais, os enumerados no tópico 3.4 deste trabalho (CAPS, Ambulatórios, Serviços Residenciais Terapêuticos e Hospitais Psiquiátricos), de modo que independentemente do tratamento a ser ministrado ou pesquisa a ser realizada, o paciente portador de transtorno tenha direito ao maior número de informações (art. 2º, VII, da Lei 10.216/01), a fim de decidir de maneira autônoma, acerca de sua concordância com o tratamento ou sua participação na pesquisa, principalmente se ela se referir à sua própria enfermidade e/ou tratamento.

Nesse sentido, um dos instrumentos utilizados atualmente por pesquisadores e cientistas para a obtenção do consentimento do paciente portador de transtorno mental enquanto participante de pesquisa para fins diagnósticos ou terapêuticos é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, ou também como é conhecido, pelo Termo de Consentimento Informado e Expresso – TCIE (MUSSE, 2008, p. 153).

Ademais, em se tratando de paciente portador de transtorno mental, não basta a simples atenuação do seu consentimento, tais pesquisas devem ser comunicadas aos conselhos profissionais competentes, compreendidas nesse contexto como o Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localiza o estabelecimento (art. 8º da Lei 10.216/01) e os próprios Comitês de Ética em Pesquisa, além do Conselho Nacional de Saúde (art. 11 da Lei 10.216/01).

³³ De acordo com a referida resolução, “aplicasse ao termo ‘usuário’ uma interpretação ampla, contemplando coletividades múltiplas, que se beneficiam do trabalho desenvolvido pela Instituição.

3.7 A criação de Comissão Nacional para acompanhar a implementação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 e a entrada em vigor da lei (arts. 12 e 13 da Lei nº 10.215/2001)

3.7.1 Existência, Validade, Eficácia e Vigência da Norma

Os últimos artigos da Lei nº 10.216/2011, ao tratarem sobre medidas para implementação da lei e sobre a sua entrada em vigor, remetem, em certo sentido, a outras qualidades da norma jurídica, tais como existência, validade e eficácia da norma.

Antes de tudo, é necessário ressaltar que não há na doutrina a desejável uniformidade em relação ao emprego de tais expressões. Há autores, como Miguel Reale (2002, p. 105), que utilizam os termos **validade formal** ou técnico-jurídica no sentido de **existência** ou **vigência**; **validade social** no sentido de **eficácia** ou **efetividade** e **validade ética** no sentido de **fundamento** da norma jurídica.

Tércio Sampaio Ferraz Júnior (1994, p. 196), em sentido análogo, enfatiza que a questão da validade das normas (e do próprio ordenamento jurídico) é uma questão zetética, e, portanto, uma questão em aberto³⁴, e que uma definição exigiria elementos distintivos entre *validade* e *existência* das normas jurídicas, inclusive de outras normas, como, por exemplo, as normas morais.

Nesse aspecto, alguns doutrinadores, a exemplo de Luiz Antonio Rizzatto Nunes, admitem que a validade possui dois aspectos distintos, um formal, mais próximo à noção de existência, e outro axiológico ou valorativo, relativo a legitimidade da norma. Desse modo:

[a validade] tanto pode referir-se ao aspecto técnico-jurídico ou formal quanto ao aspecto da legitimidade. No primeiro caso, fala-se de norma jurídica ser válida quando criada segundo os critérios já estabelecidos no sistema jurídico: respeito à hierarquia, que tem como ponto hierárquico superior a Constituição Federal; aprovação e promulgação pela autoridade competente; respeito a prazos e *quórum*; conteúdo de acordo com as designações de competências para legislar. No outro, fala-se do fundamento axiológico, cuja incidência ética seria a condição que daria legitimidade à norma jurídica, tornando-a válida (2011, p. 175).

³⁴ O Autor não esclarece com profundidade o que viria a ser a terminologia empregada “questão zetética”, no entanto, depreende-se que a mesma é utilizada no sentido de questão aberta para os eventuais questionamentos dos objetos de estudo em diversas direções do conhecimento científico, inclusive Filosofia do Direito, Lógica do Direito, Sociologia do Direito, dentre outros. Por conseguinte, afirma o Autor que “do ângulo dogmático, a questão é fechada”

Em sentido contrário, a partir de uma perspectiva dogmática, busca-se quase sempre uma conceituação fechada, técnica, excluindo-se qualquer carga valorativa alheia ao direito, como forma de identificar a questão dentro de um dado ordenamento jurídico.

Quando entendida sob tal paradigma, a validade, por vezes, se confunde com a própria existência da norma, de modo que alguns autores sequer realizam distinções entre elas, tal como faz Hans Kelsen, segundo o qual, “uma lei *inválida* não é sequer uma lei, porque não é juridicamente *existente* e, portanto, não é possível acerca dela qualquer afirmação jurídica” (1998, p. 188, grifos nossos); e Norberto Bobbio, segundo o qual “a *validade jurídica* de uma norma *equivale à existência* desta norma como regra jurídica” (2005, p. 46, grifos nossos).

Alguns outros autores, estabelecem um meio termo entre tais concepções, tal como o faz Hugo Machado (2004), que estabelece nítida distinção entre *existência* e *validade* da norma, afirmando que é possível uma lei existir, porquanto aprovada pelo órgão legislativo competente, mas que não seja válida, porque não se encontra em harmonia com a Constituição. Desse modo “o **existir** depende apenas da obediência ao princípio da competência e do procedimento adequado, enquanto o **valer** depende da inteira harmonia com as normas superiores” (MACHADO, 2004, p. 92-93, grifos nossos). De acordo com esse último posicionamento, passa-se a analisar a conformidade da Lei 10.216/2011, em relação aos critérios de existência e validade da norma.

Conforme analisado no tópico 3.1 deste trabalho, a Lei 10.216/2011 refere-se a uma lei ordinária, de iniciativa parlamentar do Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), que apresentou o respectivo Projeto de Lei (nº 3657/1989) ao plenário da Câmara dos Deputados, em 1989 (Fase Introdutória). Tal PL tramitou por aproximadamente doze anos no Congresso Nacional, nos quais passou por intenso debate e discussões, sofrendo várias modificações (Fase Constitutiva), até ser promulgada, em 06 de abril de 2001, pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso (Fase Complementar ou Integradora), seguindo, assim, todas as etapas do processo legislativo constitucionalmente previsto.

Desse modo, vê-se que a referida lei seguiu todos os parâmetros formais até ser finalmente promulgada, de modo que não há qualquer questionamento quanto à sua *existência*.

Em relação a sua validade, a questão é um pouco mais problemática, haja vista que existe um grande debate, principalmente na doutrina, sobre a inconstitucionalidade da Lei 10.216/2001, sobretudo, no que se refere à Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI) e a Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC) - analisadas nos subtópicos 3.5.3 e 3.5.4, respectivamente -, ao argumento de que as referidas modalidades de internação representariam

uma violação aos direitos fundamentais, ao privar o paciente de sua liberdade, afrontando assim o disposto no art. 5º da Constituição Federal.

Em verdade, a causa de tais debates, gira principalmente em torno da falta de previsão legal de um prazo máximo para a internação do *infrator* com transtorno mental, o que seria manifestamente contrário aos princípios constitucionais e internacionais sobre direitos humanos.

Ocorre que a própria Lei 10.216/2001, estabelece em seu artigo 9º que “a internação compulsória é determinada de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente [...]”. Desse modo, a eventual inconstitucionalidade que poderia pesar contra a Lei 10.216/01, deve, em verdade, recair sobre o Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal Brasileiro), haja vista que a lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais possui tal cláusula de abertura que lhe permite ser integrada por outras normas, como, no caso, pelo Código Penal Brasileiro.

Nesse sentido, o CPB, em seu art. 97, § 1º, apesar de estabelecer um prazo mínimo para o cumprimento da medida de segurança - de 01 (um) a 3 (três) anos -, que pode se dar tanto na modalidade de internação quanto em tratamento ambulatorial, não fixa um prazo máximo para o seu fim. Nesse aspecto, a medida de segurança, tal como se apresenta na legislação e se aplica na prática, cumpre apenas e tão somente a função de segregar, excluir e estigmatizar o sofredor mental em conflito com a Lei, estando assim em total descompasso com a Constituição Federal, conflitando, igualmente, com a própria Lei nº 10.216/2001 (MUSSE, 2008, p. 147), cujo objetivo foi justamente desinstitucionalizar o tratamento em saúde mental, e quando tal objetivo não fosse possível, disponibilizar um tratamento mais humanitário às pessoas portadoras de transtorno mental quando em situação de internamento, mesmo aquelas em conflito com a lei penal.

Em se tratando da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), apesar de também não haver nessa modalidade de internação um comando legal que lhe fixe um prazo máximo, existem mecanismos, oriundos da própria Lei nº 10.216/2001, que estabelecem parâmetros de controle sobre esse tipo de internação, cuja fiscalização recai sobre o Ministério Público Estadual, e ainda sobre uma Comissão Revisora constituída justamente para exercer tal controle, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.391/2002.³⁵

Vê-se, assim, que apesar de existir na doutrina certa controvérsia em relação a (in)constitucionalidade da Lei nº 10.216/2001, principalmente em relação aos motivos acima

³⁵ Vide subtópico 3.5.3.

expendidos, não há que se falar da invalidade da norma, haja vista que tal matéria ainda não foi submetida à apreciação do STF, órgão responsável pelo controle concentrado de constitucionalidade das leis, de modo que além de possuir existência, a norma também é considerada *válida*, até que eventualmente venha a ser desconstituída juridicamente.

Em relação à *eficácia* da norma, tal qualidade estaria ligada à sua aptidão de produzir efeitos, ou nas palavras de Luís Roberto Barroso, representa a "aptidão para a produção de efeitos jurídicos, para a irradiação das consequências que lhe são próprias [...] diz respeito à aplicabilidade, exigibilidade ou executoriedade da norma" (2009, p. 83).

Percebe-se que o conceito delineado acima consiste na condição da norma de gerar os efeitos - plano formal - e não na necessária configuração prática destes efeitos - plano material. Por essa razão, parte da doutrina sugere que a eficácia da norma possuiria, na verdade, dois planos distintos: eficácia jurídica, e eficácia social, também denominada efetividade, as quais José Afonso da Silva distingue:

Eficácia é a capacidade de atingir os objetivos previamente fixados como metas. Tratando-se de normas jurídicas, a eficácia consiste na capacidade de traduzir os objetivos nela traduzidos, que vêm a ser em última análise, realizar os ditames jurídicos objetivados pelo legislador. Por isso é que se diz que a eficácia jurídica da norma designa a qualidade de produzir; em maior ou menor grau, efeitos jurídicos, ao regular, desde logo, as situações, relações e comportamentos de que se cogita; nesse sentido a eficácia diz respeito à aplicabilidade, exigibilidade ou executoriedade da norma, como possibilidade de sua aplicação jurídica. O alcance dos objetivos da norma constitui a efetividade. Esta é, portanto, a medida de extensão em que o objetivo é alcançado, relacionando-se ao produto final objetivado pela norma se consubstancia no produto social que ela pretende, enquanto a eficácia jurídica é apenas a possibilidade de que isso venha a acontecer (2001, p. 66).

Em relação à Lei 10.216/2001, importa salientar que a própria lei, em seu art. 12, determina a criação de uma comissão nacional para acompanhar a sua implementação, nos seguintes termos:

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

Desse modo, a própria previsão da lei sobre a criação da referida comissão, se coaduna a condição prévia da norma de possuir *eficácia jurídica*, que, ademais, também incide sobre todos os demais dispositivos da Lei 10.216/2001, haja vista que todos eles, em maior ou menor grau, produzem efeitos jurídicos, regulando, desde logo, as situações a que se referem.

Contudo, a singularidade do art. 12, da referida lei, é também prever a criação de uma comissão nacional para garantir a *eficácia social* da norma, servindo como um intermédio entre o alcance jurídico e social da Lei 10.216/2001.

No plano jurídico, a referida comissão foi criada através da Resolução CNS nº 377, de 14 de junho de 2007, que regulamentou a competência e estrutura da comissão nacional prevista no supramencionado artigo da Lei 10.216/01. Conforme se observa do art. 1º da referida resolução, a comissão é constituída por diversos setores da sociedade, oriundos, principalmente de organização civis que historicamente lutaram e lutam em favor da reforma psiquiátrica no país, conforme se observa na transcrição do dispositivo abaixo:

Art. 1º Aprovar a estruturação da Comissão Intersetorial de Saúde Mental – CISM, com a seguinte composição:

- I – Coordenador: Liga Brasileira de Lésbicas – LBL;
- II – Coordenador Adjunto: Conselho Federal de Psicologia – CFP;
- III – Titulares:
 - a) um representante do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLAM;
 - b) um representante dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do MNLAM;
 - c) um representante dos Familiares dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental do MNLAM;
 - d) um representante da Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI;
 - e) um representante da Federação Brasileira de Hospitais – FBH;
 - f) um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
 - g) um representante da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde;
 - h) um representante da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB;
 - i) um representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT;
 - j) um representante da Associação Brasileira de Autismo – ABRA.
- IV – Suplentes:
 - a) um representante do Movimento Nacional de Luta Contra a Aids;
 - b) um representante da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial;
 - c) um representante da Associação Pró-Renais Crônicos - APREC-BRASIL;
 - d) um representante do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS;
 - e) um representante do Conselho Federal de Farmácia – CFF;
 - f) um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS;
 - g) um representante da Associação Brasileira de Odontologia – ABO;
 - h) um representante da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP;
 - i) um representante da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO;
 - j) um representante do Movimento dos Portadores de Esclerose Múltipla – MOPEM.

Nada mais coerente, portanto, que esses mesmo segmentos sociais sejam também responsáveis pelo acompanhamento da implementação da Lei 10.216/01, cabendo a eles

fiscalizar a eficácia social ou efetividade da norma em seu plano material, onde realmente poderá gerar efeitos na saúde e na vida das pessoas portadoras de transtornos mentais, impactando nas relações que se operam entre pacientes, familiares e instituições.

Por fim, em relação à *vigência* da norma, o último artigo da Lei nº 10.216/2001, dispõe que a lei entra em vigor na data de sua publicação, sem estabelecer, portanto, a *vacatio legis*, o que de certo modo evidencia a urgência, a relevância e a importância da regulação advinda com a referida lei.

Desse modo, considerando que a Lei 10.216 foi publicada no mesmo dia de sua promulgação, a existência, a validade, a eficácia e a vigência da norma, coincidem em torno da mesma data, o dia 06 de abril de 2001, data essa que marca uma nova etapa na luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, fruto da luta pelo reconhecimento e pela inclusão social, travada inclusive por essas próprias pessoas, organizadas em movimentos sociais.

Não obstante, é necessário ressaltar que não basta a existência de leis que regulem os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, pois embora elas possam representar um passo importante, não levam necessariamente a mudanças efetivas da realidade, o que só se torna possível, a partir de uma mudança cultural, e de uma modificação na mentalidade individual e coletiva sobre a compreensão do que seja transtorno mental e de quem seja seus portadores. Somente a partir de então, com a conscientização da família, da comunidade, dos gestores públicos e da sociedade como um todo, será possível o exercício efetivo da cidadania desse grupo tão vulnerável da população.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento direcionado às pessoas portadoras de transtorno mental por muito tempo esteve pautado na exclusão e no confinamento de tais indivíduos, cabendo às instituições psiquiátricas o papel de recepcionar tais sujeitos, como uma espécie de depósito humano para onde eram direcionadas as pessoas consideradas *anormais*, *loucas*, *alienadas*, dentre outras, sendo que, nesse contexto, a internação prolongada consistia em um recurso terapêutico padrão destinado ao tratamento de tais sujeitos.

Se por um lado, tal modelo representou um reflexo da intolerância e preconceito contra as pessoas que manifestavam alguma espécie de transtorno mental, esse próprio modelo acabou por gerar mais intolerância e preconceito, de modo que os pacientes e egressos de internações psiquiátricas além de serem marcados pelo estigma da enfermidade, passariam a ser marcados ainda pelo estigma da internação, com todas as peculiaridades que são próprias a essa modalidade de tratamento.

Nesse contexto, percebe-se que os saberes institucionalizados, em especial os saberes médicos e jurídicos, ao determinarem os espaços e as formas de tratamento destinado a tal público, representaram não apenas uma forma de apreensão e aplicação de determinado conhecimento, mas, também, uma forma de controle social e manutenção de estruturas de poder, que se manifestaram a partir de uma estruturação verticalizada na qual o portador de transtorno mental seria tratado não como pessoa, mas como um objeto, que, via de regra, deveria ser apartado da comunidade em geral, para que a engrenagem social pudesse ter um perfeito e regular funcionamento.

Em relação à legislação relacionada às pessoas portadoras de transtornos mentais, observa-se que, no Brasil, as normas sobre o tema apresentaram uma lenta evolução, especialmente no que diz respeito à formalização dos direitos humanos desse segmento vulnerável da população.

Nesse sentido, é preciso ter em vista que mesmo essas modificações que se operaram no campo normativo não nasceram do direito em si, concebido, nesse contexto, enquanto um círculo auto-referencial, mas representaram o resultado de intensas mobilizações nos campos político e social, dos quais a mudança na legislação foi apenas reflexo.

Não obstante, é necessário também destacar a importância de tais direitos terem sido positivados no ordenamento jurídico pátrio, sobretudo, devido a um aspecto bastante peculiar do direito, relacionado à sua potencialidade de ordenar a vida em sociedade e

estabelecer parâmetros de conduta. Nesse aspecto, segundo Bourdieu (2005, p. 237), o direito consagra a ordem estabelecida ao consagrar uma visão dessa ordem que é uma visão do Estado, garantida pelo Estado. Ademais, o direito atribui aos agentes e às instituições uma determinada identidade, e, sobretudo, poderes socialmente reconhecidos. Desse modo, os vereditos por meio dos quais o direito distribui diferentes volumes de diferentes espécies de capital simbólico, põe termo, ou pelo menos um limite, à luta, ao regateio, ou a negociação acerca da qualidade das pessoas e dos grupos sociais. De acordo com esse entendimento, o direito é considerado, sem dúvida, a forma por excelência do poder simbólico de nomeação que cria as coisas nomeadas e, em particular, os grupos, “ao conferir a estas realidades surgidas das suas operações de classificação toda a permanência, a das coisas, que, uma instituição histórica é capaz de conferir a instituições históricas” (BOURDIEU, 2005, p. 257).

Nesse aspecto, a promulgação da Lei Federal nº 10.216 de 2001, possui uma fundamental importância, ao estabelecer uma nova política para o atendimento das pessoas portadoras de transtornos mentais, com ênfase em tratamentos alternativos ao da internação de longa permanência, além de garantir uma série de direitos e garantias a tal segmento vulnerabilizado da população.

Contudo, é necessário destacar que durante o processo de tramitação do respectivo projeto de lei no Congresso Nacional, a referida norma recebeu diversas críticas, justamente naquilo que possuía de mais operacional, que seria a ênfase na desinstitucionalização e no atendimento comunitário das pessoas com transtornos mentais. Dentre os principais pontos que foram atacados, destaca-se o referencial teórico adotado como paradigma da reestruturação do sistema de saúde mental brasileiro - a Reforma Basaglia - que, em tese, seria pautado em posturas político-ideológicas, desprovida de qualquer valor científico que “[...] reduzem as doenças mentais a simples consequência da chamada repressão político-social dominante” (BRASIL, 1995, p. 5.507).

Nesse sentido, a primazia pelo tratamento extra-hospitalar, foi duramente criticada, principalmente no que se refere às doenças mentais mais graves:

Para compreender essa questão, é importante observar que a assistência extra-hospitalar exclusiva não contempla plenamente a necessidade de tratamento do doente grave, o qual, em virtude da própria doença, não se considera doente e se nega tratamento. A assistência comunitária tem se mostrado mais eficiente no atendimento do portador de transtorno mental leve, que por si mesmo busca tratamento ou, ainda, daquela cuja família dispõe de tempo e recursos para acompanhá-lo (BRASIL, 1995, p. 5.508).

Por outro lado, é necessário evidenciar a absoluta necessidade da reformulação do atendimento em saúde mental vigente no país até a promulgação da Lei 10.216/2001, uma vez que o abandono ao modelo hospitalocêntrico de tratamento em saúde mental que vigorava até então se justificou precisamente pela total ineficácia de tal modelo.

Sua falência poderia ser comprovada pela realização de mais de 600 mil internações por ano (o que representa aproximadamente 50 mil internações por mês e 1.666 internações por dia em todo o Brasil), e pela existência de quase 120 mil leitos destinados ao tratamento em saúde mental em todo o país (MUSSE, 2008, p. 27). Tal quadro, como se observa, no lugar de diminuir a incidência dos transtornos mentais, acabava por reforçá-los, na medida em que primava pela institucionalização das pessoas com qualquer espécie de transtorno mental, acentuados os próprios sintomas da doença.

Ademais, é necessário ressaltar que o novo paradigma de tratamento em saúde mental advindo com a Lei 10.216/2001, não aboliu completamente os serviços institucionais de atendimento, mas apenas redimensionou a sua importância, conferindo-lhes um caráter subsidiário, atribuindo-lhes uma nova dimensão, mais humanitária, impedindo que tais espaços sejam utilizados apenas com a finalidade de segregar e excluir indivíduos.

Desse modo, a Lei nº 10.216/2001, assim como a Resolução nº 46/119 de 1991 da ONU, referente aos Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, a Resolução CFM nº 2.057/2013 e a própria Constituição Federal de 1988, contribuíram sobremaneira para a formação de uma rede normativa de proteção, que além de garantirem ao portador de transtorno mental os melhores e mais adequados serviços em saúde mental, de acordo com suas necessidades terapêuticas, alçaram tais indivíduos à categoria de novos sujeitos de direito, na medida em que asseguram às pessoas portadoras de transtornos mentais a sua autonomia, a sua cidadania, a sua dignidade e sua efetiva participação social.

Contudo, ainda não é possível afirmar que tais direitos sejam respeitados em sua totalidade, de modo que não basta a simples previsão desses direitos e garantias na ordem jurídica para que se tornem realidade, é preciso que todos zelem pela sua observância e cumprimento, sem impedimento à promoção de novos questionamentos e debates que visem a otimização de tais direitos, objetivando a inclusão integral do portador de transtorno mental na sociedade.

REFERÊNCIAS

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

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAUJO, Luiz Alberto David. **A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência**. 4ª Ed. Brasília: CORDE, 2011.

_____. *Em busca de um conceito de pessoa com deficiência*. In: GUGEL, Maria Aparecida; COSTA FILHO, Waldir Macieira; RIBEIRO, Lauro Luiz Gomes(Org.). **Deficiência no Brasil: uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007. p. 11-23.

BARROSO, Luis Roberto. **O Direito Constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidade da Constituição brasileira - 9ª Ed.** São Paulo: Renovar, 2009.

BEZERRA JUNIOR, Benilton. *De médico, de louco e de todo mundo um pouco. O campo psiquiátrico no Brasil nos anos oitenta*. In: GUIMARÃES, R. TAVARES, R. (org). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Ed. da UFRJ, 1992.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

BRASIL. Constituição (1967) **Emenda Constitucional n.1, de 24 de janeiro de 1969**. Brasília, 1969.

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

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004**.

_____. Código Civil (1916). **Código Civil de 1916**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L3071.htm>. Acesso em: 4 de jun. 2015.

_____. Código Civil (2002). **Código civil brasileiro e legislação correlata**. 2. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

_____. Código Criminal do Império (1830). **Código Criminal do Império de 1830**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso em: 4 de jun. 2015.

_____. Emenda Constitucional nº 12, de 17 de outubro de 1978. **Diário do Congresso Nacional**, Brasília, 18 out. 1978. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 4 de jun. 2015.

_____. Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

_____. Decreto nº 896, de 29 de junho de 1892. In.: **Collecção das Leis da República dos Estados Unidos do Brazil**. Parte I e II. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1893.

_____. Decreto nº 1132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. In: **Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil – Atos do Poder Legislativo**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1903.

_____. Decreto nº 24.559, de 3 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. **Diário Oficial da União 1934**; 14 jul. de 1934.

_____. Decreto-lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta às Leis nº 10.048 de 8 de novembro de 2000 e nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.

_____. Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001. **Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**.

_____. **Decreto legislativo nº 186**, de 9 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.

_____. **Decreto nº 6.949**, de 25 de agosto de 2009. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de ago. 2009.

_____. **Decreto nº 3.298**, de 20 de Dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

_____. **Lei nº 7.853**, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

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

_____. Parecer nº 896, de 1995. **Diário do Senado Federal**. Brasília, 13 de dez. 1995.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. Portaria SEDH n. 2.344, de 3 de novembro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 nov. 2010. Recuperado em 10 dezembro, 2010, de http://www.direitoshumanos.gov.br/pessoas-com-deficiencia1/conade/Portaria_n_2.pdf/view

_____. SENADO FEDERAL. **Decreto Legislativo nº 198**, de 13 de junho de 2001 que aprova a Convenção de Guatemala - Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília. 2001.

BOBBIO, Norberto. **Teoria da norma jurídica**. Tradução de Fernando Pavan Baptista e Ariani Bueno Sudatti. 3ed. São Paulo: Edipro, 2005.

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. *Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira*. In.: **RDisan**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 41-63 jul./Out.2012.

CANARIS, Claus-Wilhelm. **Pensamento sistemático e conceito de sistema na ciência do Direito**. Trad. Menezes Cordeiro. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CARVALHO NETTO, Menelick de. *A interdição judicial e o acesso aos direitos de cidadania garantido pelas políticas públicas*” In: BRASIL, Câmara dos Deputados. **Relatórios Seminário Nacional “Há banalização nos atos de interdição judicial no Brasil?”**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2005.

CORRÊA, Joel Machado. **O doente mental e o direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

COSTA, Ruth Barros Pettersen da. **A efetividade do mínimo existencial à luz da Constituição Federal de 1988**. Goiânia: Editora PUC, 2011.

DIÁRIO OFICIAL. **Decreto-Lei n. 128**. São Luís, 15 mar. 1941.

FEIJÓ, Alexsandro Rahbani Aragão. **Direitos humanos e proteção jurídica da pessoa portadora de deficiência**: normas constitucionais de acesso e efetivação da cidadania à luz da Constituição Federal de 1988. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2002.

FERRAZ JÚNIOR, Tércio Sampaio; DINIZ, Maria Helena; GEORGAKILAS, Ritinha Alzira Stevenson. **Constituição de 1988**: legitimidade, vigência e eficácia, supremacia. São Paulo: Atlas, 1989.

FERRAZ JUNIOR, Tércio Sampaio. **Introdução ao estudo do direito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

_____. **Vigiar e punir**: Nascimento da Prisão. Trad. Raquel Ramalhete. 23. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Trad. de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUGEL, Maria Aparecida. **Pessoas com deficiência e o direito ao concurso público**: reserva de cargos e empregos públicos, administração pública direta e indireta. Goiânia: Ed. Da UCG, 2006. P.26.

HART, Herbert L. A. O conceito de direito, 2. ed. Tradução de A. Ribeiro Mendes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1994.

KELSEN, Hans. **O que é justiça?** Trad. Luís Carlos Borges. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Teoria geral das normas**. Trad. José Florentino Duarte. Porto Alegre: Fabris, 1986.

_____. **Teoria Pura do Direito**. Trad. João Baptista Machado. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KOTLINSKI, Ana Maria Benavides. *A Jurisdição Constitucional e a Possibilidade de Realização dos Direitos Sociofundamentais no Brasil*. In.: **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 26, out. 2008.

LANCETTI, A; AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e saúde coletiva*. In.: CAMPOS, G.W.S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LATAS, Antônio João; VIEIRA, Fernando. **Notas e comentários à Lei de Saúde Mental sob uma perspectiva comparada**. Coimbra: Centro de Estudos Judiciários, 2004.

LEFF, Julian; WARNER, Richard. **Inclusão Social de Pessoas com doença mental**. Coimbra: Edições Almeida, 2006.

LEGISLAÇÃO brasileira sobre pessoas com deficiência. 7. ed. Brasília/DF: Câmara dos Deputados, 2013. (Série legislação; n. 76). Disponível em: <<http://bd.camara.leg.br>>. Acesso em: 19 de jun. 2015.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Trad. Sebastião José Roque. São Paulo: Ícone, 2007.

LOPES, Laís Vanessa Carvalho de Figueirêdo. **Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, seu Protocolo Facultativo e a Acessibilidade**. São Paulo: PUC/SP – Dissertação de Mestrado, 2009.

LUHMANN, Niklas. **El Derecho de la Sociedad**. México: Herder Editorial/Universidad Iberoamericana, 2005.

MACHADO, Hugo de Brito. **Introdução ao estudo do direito**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MARCANTONIO, Jonathan Hernandez. *A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle*. In.: **Revista Psicólogo in Formação**, São Paulo, ano 14, n. 14, jan./dez. 2010.

MARQUES NETO, Agostinho Ramalho. **A Ciência do Direito: Conceito, Objeto, Método**. 2. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MEIRELLES, Ana Cristina Costa. **A eficácia dos direitos sociais**. Salvador: Jus Podivm, 2008.

MIRANDA, Pontes de. **Comentários à Constituição de 1967, com a Emenda nº 1, de 1969**. Vol. 6. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1967.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Portaria GM nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Diário Oficial da União, n. 31-E, de 14 de fevereiro de 2000.

_____. **Portaria GM nº 148**, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jan. 2012.

_____. **Portaria GM nº 189**, de 11 de dezembro de 1991. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_189_91.asp> Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. **Portaria SNAS nº 224**, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece diretrizes e normas para os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e seus prestadores. Brasília; 1992.

_____. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, CAPS ad II.

_____. **Portaria GM n. 2.391**, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das intervenções psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação de comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde integrantes ou não do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 2002.

_____. **Portaria GM nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2011, dez 26.

_____. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 10 out. 1996.

_____. **Resolução nº 240**, de 5 de junho de 1997. [Define o termo "usuário" para efeito de participação nos Comitês de Ética em Pesquisa].

_____. **Resolução nº 377**, de 14 de junho de 2007. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 14 jun. 2007.

_____. **Portaria nº 1.220**, de 7 de novembro de 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-1220.htm>> Acesso em 20 jun. 2015.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos Sujeitos de Direito**: as pessoas com transtorno mental da visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NEVES, Marcelo. *Do pluralismo jurídico à miscelânea social*: o problema da falta de identidade da(s) esfera(s) de juridicidade na modernidade periférica e suas implicações na América Latina. **Revista Direito em Debate**, Ijuí, v. 5, n. 5, p. 7-37, jan.-jun. 1995, p. 15.

NUNES, Luiz Antonio Rizzatto. **Manual de Introdução ao Estudo do Direito**. 10 ed. rev. ampl. São Paulo: Saraiva, 2011.

OLIVEIRA JÚNIOR, José Alcebíades de. **Teoria Jurídica e novos direitos**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental**. Resolução nº 46, de 17 de dezembro de 1991, ONU.

_____. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID10**. São Paulo: Edusp, 2003.

_____. **Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência**. Resolução nº 2.542/75, ONU: s.n., 09 de Dezembro de 1979.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada pela Assembléia Geral, Resolução 217 A(III), 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.un.org/Overview/rights.html>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

_____. **Declaração Americana dos direitos e deveres do homem, 1948**. Disponível em: <www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/b.Declaracao_Americana.htm>. Acesso em: 25 de jun. 2015.

PORTUGAL. Ordenações Filipinas. Liv. 4 Tit. 103.

PIOSEVAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 13. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. *A defesa dos direitos das pessoas com deficiência: atribuições do Ministério Público, Defensoria Pública e Conselhos de Direito*. In: GUGEL, Maria Aparecida; COSTA FILHO, Waldir Macieira da; e RIBEIRO, Lauro Luiz Gomes (Orgs.). **Deficiência no Brasil**: uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007. p. 420-439.

REALE, Miguel. **Lições Preliminares do Direito**. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. **Filosofia do Direito**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

RESENDE, Heitor. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In.: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério. (Org.). **Cidadania e loucura: origens das políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

RESENDE, Marina Silveira de; CALAZANS, Roberto. *Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado?*. In.: **Analytica, São João del Rei**, v. 2, n. 3, jan. 2013.

RODRIGUES, Maria Beatriz. *Quais são as nossas diferenças? Reflexões sobre a Convivência com o diverso em escolas italianas*. In.: **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n.3, p.51-57 set/dez, 2005.

SANTORO FILHO, Antonio Carlos. **Direito e saúde mental: à luz da Le 10.216 de 06 de abril de 2001**. São Paulo: Verlu Editora, 2012.

SASSAKI, Romeu Kazumi. *Educação*. In.: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p. 84-86.

_____. **Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos**. São Paulo: RNR, 2003.

_____. **Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental?** s.l., dez. 2004.

SCHWARCZ, Lilia Katri Moritz. **O espetáculo das raças**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SOARES, Adriana de Araújo. **Hospital Colônia Nina Rodrigues: são e loucos internados**. 2006. 50 p. Monografia. Universidade Estadual do Maranhão, São Luís, 2006.

THORNICROFT, Graham. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Trad. Melissa Tieko Muramoto. Barueri: Manole, 2010.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. *Michel Foucault e a "história da loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria*. In.: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, vol. 3, n. 6, p. 41-64, jan./jun. 2011.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **A proteção internacional dos direitos humanos: fundamentos jurídicos e instrumentos básicos**. São Paulo: Saraiva, 1997.

TRINDADE, Jorge. **Manual de psicologia jurídica para operadores do direito**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

VASCONCELOS, Arnaldo. **Teoria Pura do Direito: repasse crítico de seus principais fundamentos**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

ANEXO A

TABELA 1

Informações sobre localização e contatos dos principais serviços públicos e gratuitos destinados ao tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais em São Luís/MA.

CAPS		
Serviço	Endereço	Telefone
Centro de Assistência D. Joao Antônio Farina (CAPS I)	Rua 03, Quadra 17, nº 05 - Filipinho	(98) 3275-6464
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)	Rua Projetada II, Quadra F, Jardim Libanês, nº 11 – Olho D'água	(98) 3212 2825
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II)	Rua Raimundo Correia, nº 107 – Monte Castelo	(98) 3222-9858
CAPS Dr. Bacelar Viana (CAPS III)	Av. Getúlio Vargas, nº 2508 – Monte Castelo (anexo ao Hospital Nina Rodrigues)	(98) 3232-5080
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad)	Rua das Figueiras, Quadra 5, Casa 29 – São Francisco.	(98) 3268-2552
Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i)	RUA M, Quadra F, nº 05 – Jardim Atlântico	(98) 8752 0828
AMBULATÓRIOS		
Ambulatório de Saúde Mental Farina	Rua 03, Qd. 17, nº. 507 – Filipinho	(98) 3257-6464
Ambulatório de Saúde Mental Clodomir Pinheiro Costa	Av. Odilo Costa Filho, s/n – Anjo da Guarda	(98) 3242-5866
CAISCA / FILIPINHO – Ambulatório de Saúde Mental Farina	Rua 03, Qd. 17, nº. 507 – Filipinho	(98) 3257-6464
CAISCA / ANJO DA GUARDA – Ambulatório de Saúde Mental Clodomir Pinheiro Costa	Av. Odilo Costa Filho, s/n – Anjo da Guarda	(98) 3242-5866
Ambulatório Antidrogas – Sesi	Rod. BR 135, KM 5 - Tibiri	(98) 3241-1411
Ambulatório de Álcool e Drogas	Rua 5 de Janeiro, 166 - João Paulo Jordão	(98) 3243-9809
SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPEUTICOS		
Serviço Residencial Terapêutico do Filipinho	Rua 02, Qd. 06, nº. 23 - Filipinho.	(98) 3249 – 1247
Serviço Residencial Terapêutico do Apeadouro	Rua Viveiros de Castro, 58 – Apeadouro.	(98) 3222-9045.
Serviço Residencial Terapêutico do Monte Castelo	Rua Viveiros de Castro, 26 – Monte Castel	(98) 3232-2425
HOSPITAL GERAL / HOSPITAL PSIQUIÁTRICO / CLÍNICAS PSIQUIÁTRICAS CREDENCIADAS		
Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho (10% dos leitos destinados ao tratamento em Saúde Mental)	Praça Neto Guterres, nº 2 – Madre Deus	(98) 3218 8618.
Hospital Psiquiátrico Nina Rodrigues	Av. Getúlio Vargas, nº 2508 – Monte Castelo	(98) 3232-5080
Clínica La Ravardiére	Av. São Luís Rei de França, s/nº - Olho D'água	(98) 3226-4050
Clínica São Francisco Neuropsiquiatria	Estrada da Mata, s/nº - Jardim Tropical	(98) 3234-1387

ANEXO B

TABELA 2

Quadro demonstrativo das principais normas atinentes às pessoas portadoras de transtornos mentais promulgadas no Brasil no período de 1890 até os dias atuais.

Ano	Legislação	Assunto	Validade
1890	Decreto 142 A	Desanexa do Hospital da Santa Casa da Misericórdia o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados.	Revogada
1890	Decreto 206	Aprova as instruções a que se refere o decreto nº 142 A, e cria a assistência médica legal de alienados.	Revogada
1890	Decreto 508	Aprova o regulamento para a Assistência Médico-Legal de Alienados.	Revogada
1890	Decreto 791	Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras.	Revogada
1892	Decreto 896	Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados.	Revogada
1897	Decreto 2.467	Aprova e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro II.	Revogada
1899	Decreto 3.244	Reorganiza a Assistência a Alienados.	Revogada
1903	Decreto 1.132	Reorganiza a Assistência a Alienados.	Revogada
1911	Decreto 8.834	Reorganiza a Assistência a Alienados.	Revogada
1927	Decreto 5.148-A	Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.	Revogada
1934	Decreto 24.559	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.	Revogada
1991	Resolução da ONU 46/119	Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental da Organização das Nações Unidas.	Em vigor
1992	Portaria SNAS 224	Estabelece Diretrizes e Normas para atendimento em saúde mental; determina o estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospitais gerais, na ordem de 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de trinta leitos destinado ao tratamento em saúde mental; Define Hospital Psiquiátrico.	Em Vigor
1993	Lei 8.742	Dispõe sobre a organização da Assistência Social, regulamenta o benefício de prestação continuada e dá outras providências.	Em Vigor

1994	Resolução CFM 1.407	Adota os "Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 17.12.91 no âmbito do CFM.	Revogada
2000	Portaria GM/MS nº 106	Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos	Em Vigor
2000	Resolução CFM 1.598	Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental.	Revogada
2001	Lei 10.2016	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.	Em Vigor
2002	Portaria GM/MS 336	Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.	Em Vigor
2002	Portaria GM/MS 2.391	Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.	Em vigor
2003	Lei 10.708	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.	Em Vigor
2007	Resolução CNS 377	Aprovar a estruturação da Comissão Intersectorial de Saúde Mental – CISM	Em Vigor
2011	Portaria GM/MS 3.088	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).	Em Vigor
2013	Resolução CFM nº 2.057	Consolida as diversas resoluções da área da Psiquiatria e reitera os princípios universais de proteção ao ser humano, à defesa do ato médico privativo de psiquiatras e aos critérios mínimos de segurança para os estabelecimentos hospitalares ou de assistência psiquiátrica de quaisquer naturezas, definindo também o modelo de anamnese e roteiro pericial em psiquiatria.	Em vigor

ANEXO C

LEI 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

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

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

Brasília, 6 de abril de 2001; 180ª da Independência e 113ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant