

Recebido: 25/03/2025

Aprovado: 03/06/2025

LIBERDADE INDIVIDUAL FRENTE À INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E OS IMPACTOS SOBRE A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA¹

INDIVIDUAL FREEDOM IN THE FACE OF INVOLUNTARY INTERNATION AN THE IMPACTS ON THE DIGNITY OF THE HUMAN PERSON

Lorena de Souza Azevedo²

Rafael Alem Mello Ferreira³

-
- 1 Parte do conteúdo, devidamente adaptado, foi retirada da monografia apresentada à Fundação Educacional de Lavras (2020), que aborda Estudo sobre as Alterações nas Políticas Nacionais de Saúde Mental e os Direitos Fundamentais da Pessoa com Deficiência.
 - 2 Mestranda em Constitucionalismo e Democracia pela Faculdade de Direito do Sul de Minas (FDSM). Especialista em Direito de Família e Sucessões pela Faculdade Única. Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de Lavras (Unilavras).
 - 3 Doutor em Direito pela Universidade Estácio de Sá (UNESA). Mestre em Direito pela Faculdade de Direito do Sul de Minas (FDSM). Especialista em Ciências Penais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Bacharel em Direito pela UFJF, com disciplinas cursadas na Universität Passau (Alemanha). Professor Adjunto da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e Coordenador do curso de Direito da Unidade Arcos (MG). Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito da FDSM.

SUMÁRIO: Introdução. 1. A história e evolução do tratamento manicomial. 2. O tratamento manicomial no Brasil. 3. Os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana. 4. Aspectos de violação dos direitos fundamentais no tratamento manicomial. 5. O tratamento manicomial após o advento da Lei n. 10.216/2001. 6. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15), a internação involuntária e a Nota Técnica n. 11/2019. 7. Decisões dos tribunais superiores sobre a internação involuntária/compulsória. Conclusão. Referências.

RESUMO: O presente artigo analisa os impactos da internação involuntária sobre a liberdade individual e a dignidade da pessoa humana, com foco na legislação brasileira e na evolução histórica desse tema. O artigo examina o papel da Lei n. 10.216/2001 e da Lei n. 13.146/2015 no contexto da Reforma Psiquiátrica, confrontando-as com os direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988. Além disso, analisa julgados dos tribunais superiores brasileiros sobre a temática, destacando tensões entre direitos individuais e práticas institucionais, além do posicionamento vigente atual. O estudo indicou que, apesar das evoluções no ordenamento jurídico brasileiro nos últimos anos, ainda persistem diversas lacunas nas leis, além da possibilidade de melhoria das já existentes, por meio do fortalecimento de políticas públicas que equilibrem liberdade, proteção e dignidade no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

PALAVRAS-CHAVE: Internação involuntária. Dignidade da pessoa humana. Direitos fundamentais. Pessoa com deficiência. Liberdade individual.

ABSTRACT: This work analyzes the impacts of involuntary hospitalization on individual freedom and human dignity, focusing on Brazilian legislation and the historical evolution of this topic. The article examines the role of Law No. 10,216/2001 and Law No. 13,146/2015 in the context of the Psychiatric Reform, comparing them with the fundamental rights guaranteed by the Federal Constitution of 1988. Furthermore, it analyzes judgments from Brazilian higher courts on the subject, highlighting tensions between individual rights and institutional practices, in addition to the current position. The study indicated that, despite developments in the Brazilian legal system in recent years, several gaps in the laws still persist, in addition to the possibility of improving existing ones, through the strengthening of

public policies that balance freedom, protection and dignity in the treatment of people in psychological suffering.

KEYWORD: Involuntary hospitalization. Dignity of the human person. Fundamental rights. Person with disability. Individual freedom.

INTRODUÇÃO

A relação entre liberdade individual e internação involuntária se trata de um tema complexo e pouco debatido, considerando a relevância de sua discussão e suas consequências na sociedade de forma geral. A liberdade individual consiste em um dos pilares das sociedades democráticas, assegurando que todos os cidadãos tenham o direito de autonomia sobre suas escolhas e, consequentemente, seus destinos. Todavia, em determinadas situações, como no campo da saúde mental, surgem cenários nos quais a segurança e o bem-estar do indivíduo ou da sociedade podem justificar intervenções que limitam a liberdade pessoal.

Essa matéria adquire uma dimensão ética significativa na medida em que envolve a possibilidade de restringir direitos fundamentais em prol da proteção, gerando um conflito entre os princípios da autonomia individual e o dever do Estado de intervir em situações de risco.

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

Historicamente, os tratamentos psiquiátricos evoluíram de métodos rudimentares e frequentemente desumanos para abordagens que procuram equilibrar as necessidades terapêuticas com o respeito à dignidade do paciente e seus direitos individuais.

Acontece que, apesar do avanço da legislação sobre esse tema, a consolidação das mudanças é obstruída por diversos desafios, inclusive estruturais. O sistema de saúde mental brasileiro enfrenta, ainda nos dias de hoje, uma escassez de recursos, somada à desigualdade de acesso aos serviços

e ao estigma social que acompanha as pessoas em sofrimento psíquico. As dificuldades citadas comprometem a aplicação plena dos princípios estabelecidos nas leis e reforçam a necessidade de uma análise crítica das práticas adotadas. Ademais, a escassez de discussão sobre o tema nos tribunais se mostra também como um problema. Como equilibrar o direito à liberdade com a necessidade de intervenções que garantam a segurança e o bem-estar do paciente e da sociedade?

Para explorar essa questão, o atual artigo parte de uma análise das legislações nacionais, com destaque para as Leis n. 10.216/2001 e n. 13.146/2015, confrontando-as com os direitos sociais e fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988. Além disso, será abordado como os tribunais superiores brasileiros têm interpretado e aplicado essas normas, considerando o impacto das decisões judiciais na consolidação de práticas que respeitem a dignidade humana.

Outro aspecto importante é a tensão entre os direitos individuais e as exigências do tratamento psiquiátrico compulsório. O princípio da dignidade humana, um dos alicerces do ordenamento jurídico brasileiro, está intrinsecamente ligado à autonomia do indivíduo. No entanto, a internação involuntária, ao restringir essa autonomia, apresenta-se como uma medida excepcional que deve ser rigorosamente justificada.

1. A HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO MANICOMIAL

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

Posto isso, da Idade Média até os dias atuais, a forma como o paciente portador de doença mental era tratado sofreu drásticas alterações, tendo em vista que o pensamento humano e as credences estão em constantes mudanças, assim como a medicina e as tecnologias.

Segundo Arruda Neto (2005), a intolerância contra os doentes mentais nem sempre prevaleceu ao longo da história, tanto é que, entre os povos antigos, os problemas psiquiátricos eram tidos como algo iluminado que aproximava os indivíduos da divindade. Nessa época, surgem os oráculos, indivíduos que sofriam de algum distúrbio psíquico

e que, devido às crenças do período, eram considerados como a voz dos deuses na terra.

Foi somente na Idade Média, nos séculos V a XV, que o preconceito contra os loucos se alastrou, sendo certo que tal período é considerado pelos estudiosos da saúde mental como o “marco referencial da mudança de postura para com os acometidos por transtornos psíquicos” (Neto, 2005). A partir de então, surge a exclusão e marginalização das pessoas com deficiência, sendo consideradas a escória da sociedade.

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

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

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

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

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

Ao longo do século XIX, a busca de explicações para a loucura por meio de pesquisas baseadas em estudos sobre o sangue e a dessecação dos cérebros tomou conta da recém-criada Psiquiatria. Ocorre que a exclusão e os maus-tratos defendidos pelos hospitais pinelianos, voltados para uma administração rígida, passaram a ser questionados pelos defensores de

tratamentos não violentos. Posto isso, no final do século XIX, passaram a ser criados espaços nas zonas rurais da cidade onde os deficientes mentais poderiam ser tratados e exercer de maneira mais humanizada seu direito à liberdade (Costa, 2003).

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

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

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

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

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

Por todo o século XX, buscou-se alterar essa realidade mediante o desenvolvimento de outros modelos hospitalares com o intuito de tentar promover um maior grau de interação e democracia entre o paciente e o hospital psiquiátrico.

2. O TRATAMENTO MANICOMIAL NO BRASIL

No Brasil, somente a partir da segunda metade do século XIX, ainda durante o período imperial, é que se tem início a assistência psiquiátrica, de maneira que, no período anterior, a experiência da loucura e seu tratamento eram exercidos de forma leiga pela Igreja Católica, onde as freiras eram responsáveis por prestar assistência aos internados (Costa, 2003).

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

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

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

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

Portanto, apesar das constituições e leis mais humanizadas e um pouco mais abrangentes que surgiram no século XX, inúmeras violações

ainda aconteciam, mesmo com direitos assegurando que tais agressões não deveriam ocorrer.

Somente a partir dos anos de 1970 é que iniciativas importantes começaram a surgir no território nacional, como a criação de ministérios e iniciativas, a fim de melhorar as condições de pessoas com deficiência mental. No espaço anteriormente ocupado pelo hospital, diversas iniciativas foram desenvolvidas, incluindo parcerias com a prefeitura e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações, residências assistidas, entre outras ações.

Nos anos de 1980, o deputado Paulo Delgado (PTMG) apresentou o projeto de Lei n. 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto possuía três objetivos basilares: a construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos para a criação de tratamentos não manicomial de atendimento; e a necessidade de comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (Vasconcelos *apud* Pitta, 2011).

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

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

Após muitas décadas de luta, o governo brasileiro promulgou, com a sanção presidencial, a Lei n. 10.216 em 6 de abril de 2001, sendo que o projeto estava em análise desde meados da década de 1990, cujo objetivo principal era o de fazer uma ruptura com o ordenamento jurídico de nosso país no que tange ao tratamento das pessoas com problemas psiquiátricos e à internação compulsória, bem como à utilização de práticas desumanas para o “tratamento” dos pacientes. No entanto, mesmo após sua publicação, o fechamento de hospitais que adotavam a referida prática não se deu automaticamente, como, por exemplo, o hospital Casa de Saúde Cananéia de Vassouras, no Rio de Janeiro, que até 2018 ainda estava em funcionamento (Brasil, 2019).

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

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

Assim, mesmo diante de dados concretos quanto à violação dos direitos individuais do cidadão e da afronta direta aos Direitos Humanos que o tratamento manicomial traz para seus pacientes, alguns meses após o início do governo Bolsonaro, precisamente em 4 de fevereiro de 2019, foi disponibilizada uma nota técnica pelo Ministério da Saúde impondo alterações significativas na Lei n. 10.216/01, em especial no que tange à internação compulsória e ao tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT).

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

3. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

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

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

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

O princípio da dignidade da pessoa humana é um dos fundamentos basilares que norteiam toda a Constituição Federal, cuja previsão se encontra no artigo 1º, inciso III, da Carta Maior. Tamanha é sua importância que

todos os demais direitos fundamentais são edificados sobre o fundamento da dignidade da pessoa humana.

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

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

De tal modo, a dignidade humana não se resume apenas a valores traduzidos na legislação. A dignidade da pessoa humana abrange diversos aspectos, sejam eles materiais ou imateriais, que exigem consideração em todas as circunstâncias. Comparato ainda leciona que

(...) esse fundamento, em última instância, só pode ser a consciência ética coletiva, a convicção, longa e largamente estabelecida na comunidade, de que a dignidade da condição humana exige o respeito a certos bens ou valores em qualquer circunstância, ainda que não reconhecidos no ordenamento estatal, ou em documentos normativos internacionais (Comparato, 2019, s.p.).

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

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

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

Para produzir saúde mental, é importante e necessário que as medidas a serem feitas respeitem o campo dos direitos humanos, de assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades

sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são fundamentais nesse processo (Brasil, 2019).

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

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

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

Nessa perspectiva, os direitos individuais e a dignidade da pessoa são os fundamentos constitucionais que estabelecem ao indivíduo a possibilidade de exercer dignamente a preservação de seus direitos básicos.

4. ASPECTOS DE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO TRATAMENTO MANICOMIAL

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

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

Conforme bem narrado por Arruda Neto (2005), o Estado é responsável por atuar da melhor forma a fim de não privilegiar parte da população nem vulnerar outra parte, principalmente quando essas estão acometidas de algum problema psicológico e são enclausuradas nos muros dos manicômios sem o mínimo de dignidade com a vida humana.

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

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

As violações dos direitos no tratamento manicomial têm início com a internação compulsória como medida a excluir os intitulados loucos do seio da sociedade, sem atenção aos seus requisitos mínimos, o que afronta diretamente o direito de ir e vir do cidadão e de exercer sua capacidade legal, ambos previstos na Lei Maior.

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

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

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

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

5. O TRATAMENTO MANICOMIAL APÓS O ADVENTO DA LEI N. 10.216/2001

A denominada reforma psiquiátrica tem como objetivo primordial acabar com a cultura manicomial e buscar a recontextualização dos acometidos de transtornos mentais por meio do asseguramento de seus direitos e suas cidadanias de modo que, quando houve a aprovação da Lei n. 10.216/2001, tal fato se mostrou como uma vitória para os defensores da luta pelos direitos da pessoa com deficiência.

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

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

Com o exposto, percebe-se que não são apenas aqueles que pretendem afastar os doentes mentais da sociedade que defendem a permanência do tratamento manicomial, mas pessoas bem-intencionadas, como Ferreira Gullar, que tinham medo de a lei da Reforma Antimanicomial deixar os pacientes desassistidos e na situação de moradores de rua.

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

O artigo segundo prevê um rol de alguns direitos garantidos ao tratamento dos indivíduos portadores de doenças mentais. Referido artigo representa uma importante valorização da condição em que a pessoa se encontra e na devida adequação ao tratamento, respeitando sua situação. Dentre as principais garantias asseguradas pelo artigo em referência, destacam-se a garantia de uma facilitação no acesso para melhor tratamento, em decorrência das suas necessidades, a proteção contra abusos e explorações, o livre acesso aos meios de comunicação e tratamento por meio de métodos menos invasivos (Brasil, 2001).

Desse modo, o que se denota é que a Lei Antimanicomial trouxe no art. 2º diversos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que estavam sendo violentamente violados, visando proteger a dignidade da pessoa humana e a reinserção na sociedade do paciente com problemas psíquicos. Posto isso, a lei prevê como indispensáveis o respeito, a informação sobre o seu tratamento, o acompanhamento médico, a proteção contra qualquer forma de abuso e o tratamento em ambiente menos invasivo possível.

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

Outro direito presente na Lei da Reforma Antimanicomial e que também foi muito violado diz respeito à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração. Em um contexto anterior, existem relatos de que os pacientes, em alguns hospitais, como, por exemplo, o Colônia, eram obrigados a trabalhar e não recebiam nenhum pagamento a título de contraprestação pelo serviço exercido, e, o mais inacreditável é que, nem mesmo com a

morte, podiam descansar em paz, posto que seus corpos eram vendidos para diversas universidades como indigentes (Arbex, 2013).

Nesse sentido, busca-se mais atenção com o estado clínico do paciente e respeito com a sua condição, prescrevendo somente os medicamentos essencialmente necessários de acordo com a indicação psicossocial, enfatizando as potencialidades do indivíduo.

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

Uma vez homologada a Lei n. 10.216 em abril de 2001 pelo Presidente da República, por previsão expressa de seu artigo 5º, fica prescrita a elaboração de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente há longo tempo institucionalizado e para as situações de grave dependência institucional, investindo nos chamados “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT) (Brasil, 2001). Ou seja, uma das medidas da Lei da Reforma Antimanicomial é a desinternação dos pacientes há muito hospitalizados, mediante o instituto da alta planejada, visando à reinserção na sociedade e a desinstitucionalização.

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

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

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

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

Referida disposição legal apresenta um avanço sobre o instituto da internação, posto que, antes de sua vigência, qualquer pessoa poderia ser internada contra sua vontade no hospital psiquiátrico, tanto é que mulheres solteiras, negros e homossexuais foram hospitalizados simplesmente por serem julgados pela sociedade e não por possuírem enfermidades mentais. Tal fato demonstra que, até mesmo um atestado médico era dispensado, bastando exclusivamente à vontade de um terceiro pelo afastamento do indivíduo.

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

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

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

6. A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (LEI N. 13.146/15), A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E A NOTA TÉCNICA N. 11/2019

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

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

A Lei n. 13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão (LBI), tem como principal objetivo, expresso em seu artigo 1º, *“assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania”*. Em decorrência da referida lei, a noção de capacidade passa a levar em consideração a própria pessoa e não apenas os seus interesses patrimoniais, o que propicia ao indivíduo, cada vez mais, o exercício da dignidade humana (Junior; Batista, 2018).

Dessa forma, com a vigência da Lei n. 13.146/15, o art. 3º do Código Civil foi modificado, sendo considerados como absolutamente incapazes somente os menores de 16 anos e aqueles que não tiverem discernimento para os atos da vida civil, que passam a ser incluídos no rol de relativamente incapazes (art. 4º). Com isso, passa-se a considerar que o sofrimento mental não gera, necessariamente, a completa incapacidade, ocasionando a inclusão da pessoa nos atos civis (Del’olmo; Cervi, 2017).

Assim, a capacidade civil passa a ser garantida a todos, independentemente de sua capacidade mental e, na hipótese de impossibilidade da tomada de decisões de forma isolada, é obrigação do Estado e da sociedade a disponibilização de uma rede de apoio ao portador de doença mental (Junior; Batista, 2018).

O enfoque da mudança foi o de justamente considerar a pessoa portadora de doença mental como verdadeiro sujeito de direitos, o que também coincide com os objetivos da Lei n. 10.216/01 e da luta pela reforma manicomial no Brasil, posto que, além de buscarem a humanização dos tratamentos utilizados e a ressocialização do paciente, têm como enfoque a igualdade entre o indivíduo e a coletividade, inclusive no que tange ao tratamento fornecido pelo Estado. De fato, *“a LBI surge como um documento que além de propiciar a inclusão, tem por objetivo alterar outras normas já existentes, como forma de harmonizá-las à Convenção Internacional”* (Almeida; Souza, 2018).

Em uma análise mais abrangente, por mais que a Lei n. 10.216/01 e a Lei n. 13.146/15 tenham objetivos semelhantes, qual seja o tratamento humanitário das pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, em especial

a mental, em um ponto específico restou evidente um conflito de normas, o que tem gerado divergências de opiniões.

A Lei Antimanicomial prevê, em seu art. 6º, inciso II, a possibilidade da internação involuntária, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e, em contrapartida, a LBI preceitua que os deficientes mentais são relativamente incapazes, podendo praticar todos os atos da vida civil e, inclusive, se responsabilizar por eles.

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

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

No entanto, mesmo com a Resolução n. 8/2019, um quesito quanto à internação involuntária ainda não foi solucionado, existindo um evidente conflito aparente de normas. Como dito anteriormente, o art. 6º, inciso II da Lei n. 10.216/01, explica o instituto da internação involuntária como sendo aquele realizado a pedido de terceiros sem a autorização do paciente. No entanto, com o advento da Lei n. 13.146/15, o indivíduo portador de doença mental é considerado capaz para os atos da vida civil, podendo inclusive tomar as decisões que lhe digam respeito ou, na impossibilidade, escolher dois indivíduos de sua confiança para ajudá-lo. Via de consequência, ressalta-se que, apesar da ampliação de seus direitos, ainda existem instrumentos normativos que podem restringi-los, ignorando sua vontade.

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

Contudo, tendo em vista que ainda não houve alteração na Lei de Reforma Antimanicomial, outra forma de resolução dos conflitos entre normas a fim de decidir qual legislação prevalecerá poderia ser utilizada. Poderão, para tanto, ser utilizados o critério hierárquico, em que a lei superior prevalece sobre a inferior, o cronológico em que a lei mais nova prevalece sobre a mais antiga, e o da especialidade, em que a lei especial prevalece sobre a lei geral (Farias; Rosenvald *apud*. Souza; Almeida, 2018).

Conforme pode se observar, a LBI possui a mesma hierarquia da Lei Antimanicomial, pois ambas são leis federais, descartando desde logo

o critério hierárquico. Entretanto, tanto o critério cronológico como o da especialidade podem ser utilizados para a resolução desse conflito. De acordo com o critério cronológico, deverá prevalecer a Lei n. 13.146/15, de forma que, levando em consideração a alteração da capacidade do agente, a internação involuntária não poderia mais ser utilizada, por estar em contrariedade com as novas disposições legais. Já com base no critério da especialidade, deverá prevalecer a Lei n. 10.216/01, posto que trata especificamente sobre o modelo assistencial em saúde mental e a LBI engloba de forma geral os direitos da pessoa com deficiência.

Ante o exposto, tendo em vista que o instituto da curatela passou a ser utilizado somente no que diz respeito a questões patrimoniais e que, a partir de 2016, o indivíduo portador de deficiência mental passou a ser considerado relativamente capaz, o instituto da internação involuntária passa a ser contrário à Lei n. 13.146/15 à medida que permite a interferência de um terceiro na capacidade e no direito de decisão do indivíduo portador de transtornos mentais.

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

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

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

A discussão mais contemporânea sobre o tema refere-se à já citada Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, que trouxe mudanças na política nacional sobre saúde mental. O ponto de maior debate se tornou

como o Hospital Psiquiátrico passou a ser integrado ao RADS, sobrevivendo o desestímulo ao seu fechamento – situação que ocorria desde 2001. Instituições como o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) manifestaram seu repúdio à nova política sobre tratamento de saúde mental, considerando um retrocesso as conquistas que a Lei n. 10.216/2001 atingiu. Isso porque a nova política alimenta o retorno à lógica manicomial, com ampliação de leitos e estímulos ao tratamento psiquiátrico em ambiente fechado, incluindo o financiamento da compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, medidas que confrontariam a dignidade da pessoa humana.

A referida nota técnica que estabelece novas políticas para tratamento, desde casos menos complexos a mais graves referentes à saúde mental, estabelece como fim a utilização de medidas gerais efetivas, válidas e aplicáveis a cada caso.

Todavia, as novas medidas apresentadas entram em rota de colisão com os tratamentos não invasivos que se buscou ofertar desde a Lei n. 10.216/2001. Identifica-se, nesse aspecto, a necessidade de novas discussões sobre a preservação do direito à saúde e à dignidade da pessoa humana, liberdades individuais referentes aos direitos da personalidade bem como a capacidade de pessoas que sofrem por qualquer tipo de transtorno mental e se deparam com um direito pouco consolidado em razão da falta de debate público e jurídico sobre o tema.

7. DECISÕES DOS TRIBUNAIS SUPERIORES SOBRE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA/COMPULSÓRIA

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

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

HABEAS CORPUS - AÇÃO CIVIL DE INTERDIÇÃO CUMULADA
COM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - POSSIBILIDADE -

NECESSIDADE DE PARECER MÉDICO E FUNDAMENTAÇÃO NA LEI N. 10.216/2001 - EXISTÊNCIA NA ESPÉCIE - EXIGÊNCIA DE SUBMETER O PACIENTE A RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES

ANTES DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO - DISPENSA EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS

1. A internação compulsória deve ser evitada, quando possível, e somente adotada como última opção, em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. É claro, portanto, o seu caráter excepcional, exigindo-se, para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida.
2. A interdição civil com internação compulsória, tal como determinada pelas instâncias inferiores, encontra fundamento jurídico tanto na Lei n. 10.216/2001 quanto no artigo 1.777 do Código Civil. No caso, foi cumprido o requisito legal para a imposição da medida de internação compulsória, tendo em vista que a internação do paciente está lastreada em laudos médicos.
3. Diante do quadro até então apresentado pelos laudos já apreciados pelas instâncias inferiores, entender de modo diverso, no caso concreto, seria pretender que o Poder Público se portasse como mero espectador, fazendo prevalecer o direito de ir e vir do paciente, em prejuízo de seu próprio direito à vida.
4. O art. 4º da Lei n. 10.216/2001 dispõe: “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” Tal dispositivo contém ressalva em sua parte final, dispensando a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. Essa é exatamente a situação dos autos, haja vista ser notória a insuficiência de medidas extra-hospitalares, conforme se extrai dos laudos invocados no acórdão impugnado.
5. É cediço não caber na angusta via do habeas corpus, em razão de seu rito célere e desprovido de dilação probatória, exame aprofundado de prova no intuito de reanalisar as razões e motivos pelos quais as instâncias inferiores formaram sua convicção.
6. O documento novo consistente em relatório do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes- (SPT) da Organização das Nações Unidas (ONU) não pode ser apreciado por esta Corte sob pena de supressão de instância.
7. A internação compulsória em sede de ação de interdição, como é o caso dos autos, não tem caráter penal, não devendo ser comparada à medida de segurança ou à medida socioeducativa à que esteve

submetido no passado o paciente em face do cometimento de atos infracionais análogos a homicídio e estupro. Não se ambiciona nos presentes autos aplicar sanção ao ora paciente, seja na espécie de pena, seja na forma de medida de segurança. Por meio da interdição civil com internação compulsória resguarda-se a vida do próprio interditando e, secundariamente, a segurança da sociedade.

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

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

9. Ordem denegada (Brasil, STJ, 2014).

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

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

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

Com efeito, a internação involuntária tem, atualmente, a necessidade indispensável de passar pelos olhos do Judiciário. O momento em que a jurisprudência da internação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que, pela primeira vez, pretende tratar o louco como um ser humano (Foucault, 1972).

Nesse sentido, é importante destacar que o art. 4º da Lei n. 10.216/01 prevê justamente que a internação, independentemente de

sua modalidade, deverá ocorrer tão somente quando outras medidas se mostrarem insuficientes, de maneira que a internação terá como objetivo a reinserção do paciente em seu meio, com o oferecimento de assistência integral.

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

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

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

Além da citação expressa na Lei n. 10.216/2001 em seu voto, reforçando o caráter excepcional da medida de internação compulsória, o Ministro Edson Fachin expõe a importância de adotar medidas que promovam a efetiva participação e inclusão na sociedade de pessoas com deficiência. Extrai-se que a privação de liberdade do indivíduo nessa situação, quando não sendo medida indispensável para sua própria segurança, comprovada por meio de laudos médicos, se torna uma grave ofensa ao exercício dos direitos e das liberdades fundamentais do ser humano.

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

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

Por fim, outra questão merece ser pontuada quando analisamos esse julgado: o prazo da internação. Denota-se que o paciente ficou internado cumprindo medida de segurança pelo prazo de sete anos e, após, diante da prescrição, foi realocado na sociedade. Não somente em situações em que o agente está internado cumprindo pena por violação à lei penal em decorrência de incapacidade física, mas principalmente em casos em que o paciente está internado única e exclusivamente para o seu tratamento mental, é importante que sejam realizados tratamentos que busquem trazer melhores condições de vida ao paciente.

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

Nesse sentido, não somente em internações duradouras como a do julgado, mas em todas aquelas que se fizerem necessárias em busca de melhores condições de vida para o indivíduo portador de doença mental, os hospitais devem incentivar a prática de tratamentos alternativos, como a pintura, a arte ou a presença de animais, para tentar desvendar os mistérios do inconsciente e das vontades obscuras da mente do paciente, com o intuito

de que, cada vez mais, esse consiga se readaptar no meio social sem trazer riscos à sua incolumidade física e de outros.

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

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

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

Em todos os casos, os ministros utilizam-se do argumento de que a internação involuntária somente poderá ser aplicada como medida excepcional, exigindo-se para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida.

No entanto, é preciso tomar cuidado para não relativizar a excepcionalidade da medida pela presença de um simples laudo médico sem a análise das circunstâncias do caso concreto, sob pena de se configurar privação de liberdade ilegal.

Por fim, é possível perceber que existem poucos julgados nos tribunais superiores abordando o tema da internação involuntária, o que pode ocorrer por diversos motivos. O primeiro deles diz respeito à valorização dos direitos das pessoas com deficiência. Após a vigência da Lei n. 13.146/15, que alterou a questão das capacidades relativas e absolutas, o tema da internação involuntária e da privação de liberdade (direito de ir e vir) tem sido tratado com maior atenção, e pode estar sendo resolvido nas instâncias dos tribunais. Outra hipótese diz respeito à pouca demanda sobre o assunto. Em muitos casos, a internação involuntária não se torna compulsória e é realizada somente na via administrativa. Além disso, principalmente após 2015, as

clínicas estão mais atentas aos requisitos básicos inerentes à internação involuntária, o que pode ter diminuído o fluxo de processos judiciais sobre o assunto. Todavia, a ausência de julgados recentes referentes à internação compulsória também pode acender um alerta na medida em que expõe a escassez de discussão e preocupação sobre um tema relevante e que ainda necessita de evolução.

CONCLUSÃO

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

A jurisprudência brasileira também demonstra avanços na consolidação de direitos fundamentais, especialmente ao exigir que as internações involuntárias sejam rigorosamente justificadas, devidamente comunicadas ao Ministério Público e realizadas em conformidade com as garantias constitucionais.

Ocorre que se verifica uma certa disparidade entre as decisões judiciais, com interpretações que nem sempre respeitam o espírito da legislação. Em algumas situações, os tribunais acabam por legitimar práticas que podem levar à exclusão ou desrespeito à autonomia dos pacientes, reforçando a necessidade de uniformização de entendimentos e de uma maior sensibilização do Poder Judiciário quanto à questão. Por sorte, algumas dessas decisões chegaram para análise nos tribunais superiores que, de maneira equânime, como guardião da Constituição Federal, agiu de maneira correta de acordo com as peculiaridades do caso concreto.

Nesse contexto, é possível afirmar que, do ponto de vista normativo, a legislação brasileira está em consonância com os aspectos básicos de valorização da dignidade da pessoa humana. No entanto, a realidade prática apresenta desafios estruturais que dificultam a plena materialização desses princípios. Entre esses desafios estão a escassez de recursos na rede de saúde mental, a persistência de estigmas em relação às doenças mentais e a ausência de um controle social eficaz.

A internação involuntária, embora necessária em casos excepcionais, deve ser tratada como última alternativa e aplicada apenas quando preenchidos os requisitos legais e éticos. O cuidado com a liberdade, previsto na Lei n.

10.216/2001, não apenas promove o respeito à dignidade do paciente, mas também se alinha às melhores práticas internacionais em saúde mental. Para que isso se concretize, é indispensável fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de maneira a aumentar os investimentos em Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços comunitários para garantir o acesso universal e igualitário ao tratamento adequado, bem como descentralizar os serviços de saúde mental, permitindo que populações em regiões remotas tenham acesso a cuidados de qualidade.

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

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

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

REFERÊNCIAS

- ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARENDT, Hannah. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- AZEVEDO, Lorena de Souza. *Estudo sobre as alterações nas políticas nacionais de saúde mental e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência*. 2020. Monografia (Graduação em Direito) – Faculdade de Direito, Unilavras, Fundação Educacional de Lavras, Lavras, 2020. Disponível em: <https://dspace.unilavras.edu.br/items/14ea2de1-ed9e-4285-a10a-bacba62b84dc>. Acesso em: 15 dez. 2025.

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

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

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

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

BRASIL. *Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura*. Conselho Nacional do Ministério Público. Ministério Público do Trabalho. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em: 4 set. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de maio 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 4 abr. 2024.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 de julho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 4 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica n. 11/2019*. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política

Nacional sobre Drogas. Brasília: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 1º jun. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. *Habeas Corpus nº 169.172/SP*, Rel. Min. Luiz Felipe Salomão, julgamento em 10/12/2013. Brasília: STF, 2013. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201000672465&dt_publicacao=05/02/2014. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. *Habeas Corpus nº 151.523/SP*, Rel. Min. Edson Fachin, Segunda Turma, julgamento em 27/11/2018. Brasília: STF, 2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=748813048>. Acesso em: 15 nov. 2024

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde*. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 1º jun. 2025.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. *Resolução n. 8, de 14 de agosto de 2019*. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2019. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/2288>. Acesso em: 3 dez. 2024.

COSTA, A. P. *O tratamento manicomial: A trajetória das instituições psiquiátricas no Brasil*. São Paulo: Unesp, 2003.

DEL’OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Sequência*, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, 2017. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/1985532193/C9D4B7C824164EFAPQ/4?accountid=197768>. Acesso em: 7 abr. 2024.

DINIZ, Maria Helena. *Curso de Direito Civil Brasileiro: Parte Geral*. 19. ed. [S.l.]: Saraiva, 2020.

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

JORGE, M. R.; FRANCA, J. M. F. A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, Mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 set. 2024.

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

MARTINS, Flávio. *Curso de direito Constitucional*. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra. O tratamento psiquiátrico e direitos humanos: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, v. 14, n. 14-2, 9 dez. 2013.

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

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

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2024.

SANCHEZ, Fábio *et al.* *Reforma Manicomial*. [S.l.]: [s.n.], 2000. Disponível em: <http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom11.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

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

SOUZA, J.B.; ALMEIDA, W.G. O Direito no Caminho da Inclusão: os avanços do código civil ao tratar das pessoas com deficiência. *Revista Argumenta*, Jacarezinho, n. 28, p. 337-359 e 406-407, 2018. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/2120116994/CE50676671A34248PQ/3?accountid=197768>. Acesso em: 1º jun. 2025.