

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FERNANDA SANTOS FARINA DE ANDRADE

**O DIREITO À SAÚDE MENTAL: A CONSTITUCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA NÃO CONSENTIDA**

GRADUAÇÃO EM DIREITO

SÃO PAULO

2022

FERNANDA SANTOS FARINA DE ANDRADE

**O DIREITO À SAÚDE MENTAL: A CONSTITUCIONALIDADE DA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA NÃO CONSENTIDA**

Monografia apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência para a obtenção do título de bacharel em Direito, sob orientação do Professor Renato Barth Pires.

SÃO PAULO

2022

AGRADECIMENTOS

[-]

RESUMO

Andrade, Fernanda Santos Farina de. **Título de obra:** O direito à saúde mental: a constitucionalidade da internação psiquiátrica não consentida

Este trabalho visa abordar a constitucionalidade formal e material das internações psiquiátricas não consentidas, de caráter extrapenal, previstas na Lei nº 10.216/2001, relativamente à restrição da liberdade, no contexto da autodeterminação da pessoa com transtorno mental. Para isto, foi analisada a conceituação dos direitos relacionados à temática; a problemática histórica das internações psiquiátricas; a regulação dos direitos e políticas das pessoas com transtornos mentais. Em seguida, passou-se ao exame dos dilemas relacionados à internação não consentida, seguido da investigação propriamente dita da constitucionalidade da lei, sob a ótica do princípio da proporcionalidade.

Palavras-chave: direito constitucional; internação compulsória; internação involuntária; transtornos mentais; direitos fundamentais; extrapenal.

SUMÁRIO

OBJETIVOS.....	7
METODOLOGIA.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
1. DIREITO À SAÚDE E TRANSTORNO MENTAL.....	12
2. CONTEXTO HISTÓRICO	15
CAPÍTULO II - NORMATIVAS SOBRE SAÚDE MENTAL	22
1. INTERNACIONAL	22
2. NACIONAL	22
CAPÍTULO III - OS DILEMAS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NÃO CONSENTIDA.....	32
1. CONFLITO DE DIREITOS.....	32
2. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PACIENTES	34
3. OMISSÕES LEGISLATIVAS	36
4. A FAMÍLIA.....	38
5. REPRESENTATIVIDADE LEGAL.....	39
6. DISCUSSÃO SOBRE A CONSTITUCIONALIDADE DA LEI 10.216/01	40
CAPÍTULO IV – LIMITAÇÕES AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E O CRITÉRIO DA PROPORCIONALIDADE	43
1. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	43
2. AUTONOMIA, CONSENTIMENTO INFORMADO E AS LIMITAÇÕES HUMANAS.....	44
3. LIMITES AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	48
4. PROPORCIONALIDADE COMO ÔNUS DA JUSTIFICAÇÃO ESTATAL.....	51
CAPÍTULO V – CONSITUCIONALIDADE DA LEI 10. 216/01 SOB A ÓTICA DO PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE	53
1. DECISÕES JUDICIAIS E INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA.....	53
1.1 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	53
1.2 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA	53
1.3 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO	55
1.4 COMARCA DE MOSSORÓ	56
2. PRESUNÇÃO DE CONSTITUCIONALIDADE DAS LEIS	58
2.1 CONSTITUCIONALIDADE FORMAL	58
2.2 CONSTITUCIONALIDADE MATERIAL À LUZ DA PROPORCIONALIDADE	59

2.2.1 PARÂMETRO DE CONSTITUCIONALIDADE.....	60
2.2.2 ANÁLISE DA JUSTIFICAÇÃO CONSTITUCIONAL PELO ESTADO.....	61
2.2.2.1 LICITUDE DO PROPÓSITO	62
2.2.2.2 LICITUDE DO MEIO DE INTERVENÇÃO	62
2.2.2.3 ADEQUAÇÃO DOS MEIOS EM RELAÇÃO AOS PROPÓSITOS OBJETIVADOS PELA LEI 10.216/01	63
2.2.2.3 NECESSIDADE DOS MEIOS EM RELAÇÃO AOS PROPÓSITOS OBJETIVADOS PELA LEI 10.216/01	67
2.3 CONCLUSÃO PELA CONSTITUCIONALIDADE	70
REFERÊNCIAS	72

OBJETIVOS

O objetivo da pesquisa volta-se para análise sobre a constitucionalidade formal e material das internações psiquiátricas não consentidas como medida de tratamento das pessoas com transtorno mental, no âmbito extrapenal.

A partir das conclusões acerca da constitucionalidade da medida, procurar-se-á compreender se o tratamento compulsório à pessoa com transtorno mental em situação de crise ou de risco de agressão à sua própria vida ou de terceiros, como medida protetiva, é adequada para finalidade do estabelecimento ou reestabelecimento de sua autodeterminação e a melhoria do quadro grave de saúde mental, consubstanciando a concretização do direito à saúde em sua perspectiva ampla, à liberdade e dignidade da pessoa humana.

Para isso, efetuar-se-á uma análise crítica a respeito do regime jurídico incidente no âmbito da saúde mental, bem como do regime responsável pelo referido tratamento sob a ótica dos direitos fundamentais constitucionalmente previstos, doutrinas nacionais e internacionais, importando indispensável também o referencial teórico da literatura das ciências da saúde, em especial da Psiquiatria e da Psicologia, com enfoque na concretização dos direitos fundamentais das pessoas em situação de vulnerabilidade.

Por fim, ressalta-se que o presente estudo se atentarà transtornos mentais específicos e mais recorrentes, tais como, mas não se limitando a, depressão, transtorno de personalidade, em detrimento dos transtornos mentais relacionados à dependência química de álcool e substâncias psicoativas, os quais não serão objeto da presente análise.

METODOLOGIA

O trabalho compreendeu procedimentos metodológicos tanto de pesquisa histórica, para cuidarmos dos antecedentes do direito comparado e da Constituição de 1988, como de pesquisa teórica, voltada ao exame do direito positivo vigente e análise da doutrina especializada, de modo a buscar as contribuições teóricas existentes sobre o assunto, sobretudo na seara interdisciplinar. Utilizou-se como referencial normativo a Constituição Federal, a Lei da Reforma Psiquiátrica, o Código Civil, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, convenções internacionais e a doutrina jurídica do Direito nacional e estrangeiro.

A pesquisa deve abranger também a jurisprudência, em particular Tribunais de Justiça do Brasil, do Superior Tribunal de Justiça e do Supremo Tribunal Federal, de modo a permitir uma análise completa do instituto.

INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federal de 1988 inovou ao delinear projetos a fim de tornar efetivo o direito à saúde, o qual, nos termos do constituinte, é direito “de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, art. 196).

Em âmbito internacional, no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é instituída como um estado de completo bem-estar, que abrange os aspectos físicos, sociais e mentais. Constata-se o caráter holístico da saúde, que transcende à inexistência de doença física, para inserção na seara psicossocial.

De acordo com estimativa da OMS em 2017, uma em cada quatro famílias tem ou terá pelo menos uma pessoa acometida de transtorno mental ou comportamental, implicando em consideráveis impactos sobre os indivíduos e seus núcleos de convivência. Ainda, uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em dada fase da vida. (OMS, 2002, p. 7 e p. 58)

No entanto, a preocupação com exponencial crescimento do número de pessoas acometidas por transtornos psíquicos dá-se em virtude de o histórico brasileiro relativo ao de tratamento de pessoas com transtornos mentais ser lastimável. Sem a finalidade de exaurir exemplos deste tratamento, o Código Civil de 1916 qualificava as pessoas com transtornos mentais como “loucos de todo gênero” e as impedia, pela interdição, de praticar qualquer ato da vida civil. (BRASIL, 1916, art. 5, inciso II). Também figurava comum a existência de manicômios que deflagravam evidente ofensa à dignidade humana e à própria igualdade.

A ruptura do paradigma de incapacidade absoluta para pessoas com transtornos mentais deu-se com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), ao passo que o redirecionamento do modelo de atendimento a pessoas com transtorno mental sobreveio da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001), resultado de amplo movimento voltado à discussão das condições manicomialis, que se ocupou de regulamentar um dos temas mais controversos no campo da saúde mental, qual seja, a internação psiquiátrica não consentida

como forma de tratamento, que representa uma, nos termos de Vieira:

(...) tensão entre os direitos fundamentais da autonomia de vontade do ser humano em face do consentimento e da intervenção estatal na liberdade com finalidade de proteção da pessoa com transtorno e da promoção da sua saúde mental com o objetivo de propiciar-lhe uma vida digna por meio do resgate da sua autodeterminação. (VIEIRA, 2022, p. 13).

A reconfiguração normativa não assolou a controvérsia sobre o tema da internação psiquiátrica não consentida como forma de tratamento, nem representou dos problemas para as pessoas com transtornos mentais. A Lei nº 10.216/2001 representou a vertente adotada no Brasil, derivada de um modelo da antipsiquiatria, que tem como núcleo essencial a desinstitucionalização dos enfermos. No entanto, no Brasil, esse processo não foi feito de maneira planejada e ignorou a existência de pessoas com doenças gravíssimas em que, muitas vezes, os familiares não conseguem e/ou não possuem condições financeiras para auxiliar essas pessoas, culminando em dois principais resultados: a redução da vida dos familiares ao cuidado da pessoa com transtorno mental, colocando, a depender da situação, sua própria vida em risco; ou os enfermos passam a morar na rua.

O documentário Omissão de Socorro, de autoria de Olívio Tavares de Araújo, com apoio do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo trata sobre a realidade da doença mental grave no Brasil, em especial de pessoas pobres, que não possuem opção de direcionamento à rede privada de saúde psiquiátrica, e como a política de extinção de leitos psiquiátricos no sistema público de saúde tornou-se causa de um sofrimento complementar desnecessário. (ARAÚJO, 2007)

Verificou-se a dificuldade de delação do tratamento para as famílias. Um dos entrevistados, idoso, pai de duas mulheres com transtornos mentais graves, que moram com ele, relata que após o fechamento dos leitos, o procedimento tornou-se a medicar a pessoa e mandá-la para casa. No entanto, o senhor informou sobre a impossibilidade de leva-las até a clínica, pois elas tentam fugir e recusam-se a tomar o remédio. As filmagens mostram que os pais idosos, dentro de sua própria casa, precisam ficar em um quarto isolado das filhas, que são extremamente agressivas, ao ponto de uma delas ter jogado uma chaleira de água fervendo no pai, por não encontrarem leitos em hospitais psiquiátricos. (ARAÚJO, 2007, 3'37'', 9', 35' e 54')

O hospital psiquiátrico, hoje, não mais apresenta um manicômio, com características asilares, mas um local de atendimento para pacientes agudos que requerem acompanhamento próximo e imediato.

Pelo contexto exposto, a presente monografia tem como intuito analisar a constitucionalidade formal e material, no âmbito **extrapenal**, das internações psiquiátricas não consentidas como forma de tratamento às pessoas com transtornos mentais e, mais do que isso, busca responder à indagação sobre a suficiência do regime jurídico vigente para observar as necessidades e direitos desses indivíduos.

CAPÍTULO I – DIREITO À SAÚDE, TRANSTORNO MENTAL E CONTEXTO HISTÓRICO

1. DIREITO À SAÚDE E TRANSTORNO MENTAL

A saúde enquanto direito do cidadão e dever de manutenção do Estado funda-se no período da redemocratização brasileira, apoiado por um movimento popular. (VIVAS, 2020) A amplitude do sentido de saúde foi formalizada na Constituição Federal de 1988 tal como, mas não se limitando a, no artigo 196 que dispôs:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196)

A imprescindibilidade da atuação estatal diz sobre o ponto comum entre os direitos sociais, em que se enquadra o direito à saúde. Sobre os direitos sociais, ensina José Afonso da Silva:

Como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos; direitos que tendem a realizar a igualização de situações desiguais. São, portanto, direitos que se ligam com o direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais, na medida em que criam condições materiais mais propícias ao aferimento da igualdade real – o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade. (SILVA, 2008, p. 186-187)

É evidente o resguardo jurídico dado pela Constituição ao direito à saúde, e não poderia ser diferente. O direito à saúde não é só essencial ao exercício da dignidade da pessoa humana, mas, também, possibilita assegurar a própria realização dos demais direitos fundamentais, de modo que, sem ele, os direitos e interesses subjetivos quedam carentes de qualquer condição de praticabilidade, tornando-se meras proclamações formais, completamente esvaziadas de conteúdo.

A conceituação de saúde durante o processo que culminou no ordenamento constituinte é bem representada pelo delineado na VIII Conferência Nacional de Saúde:

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É,

assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 4).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em consonância à definição supracitada, define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. (DALLARI, NUNES JUNIOR, 2010).

Nesse contexto, a saúde mental, abrangida pelo amplo conceito de saúde, nos termos de Vieira é:

Um direito fundamental humano, fincado no postulado da dignidade da pessoa humana, não sendo apenas a ausência de perturbações mentais, pois também abrange a autonomia, a autorrealização do potencial intelectual e emocional do indivíduo, a competência, o bem-estar subjetivo e a autoeficácia percebida. (VIEIRA, 2022, p. 13).

Em outras palavras, a saúde mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. A definição, portanto, supera a ideia limitada à inexistência de doenças mentais. (OMS, 2002).

A antítese do conceito de saúde mental, qual seja, o transtorno mental, foi definido pela OMS como a configuração de perturbações mentais e comportamentais representadas por condições clínicas significativas que ensejam a alteração do modo de pensar, do humor e, conseqüentemente das emoções, ou ainda, comportamentos associados a angústia pessoal e/ou deterioração de funcionamento. (OMS, 2002).

O número de pessoas acometidas com transtornos mentais cresceu exponencialmente, razão pela qual a temática tem sido de grande preocupação para as instituições de saúde. Segundo pesquisa publicada pela revista Veja em 2019, a ansiedade já atingia mais de 260 milhões de pessoas no mundo, sendo o Brasil o país com o maior número de pessoas ansiosas: 9,3% da população, consoante a Organização Mundial da Saúde (OMS). O artigo publicou,

ainda, que 86% dos brasileiros sofrem com algum transtorno mental, como ansiedade e depressão. (PASSOS, 2019)

No mesmo sentido, apontou o resultado de um estudo populacional apresentado por Bonadiman no qual os transtornos mentais constaram como a principal causa de incapacidade no Brasil, (Bonadiman, Passos, Mooney, Naghavi, Melo, 2017, p. 191-204), no entanto, em que pese o alarmante problema, segundo o resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, menos de 30% das pessoas com sintomas depressivos clinicamente relevantes realizam algum tipo de tratamento. (LOPES, HELLWIG, SILVA, MENEZES, 2016, p. 154).

Em 2020, no contexto da pandemia, esse cenário piorou. Segundo pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com aproximadamente 400 médicos de 23 estados e do Distrito Federal “ 89,2% dos especialistas entrevistados destacaram o agravamento de quadros psiquiátricos em seus pacientes devido à pandemia de covid-19.”. Além disso, a mesma pesquisa constatou que 67,8% dos médicos receberam novos pacientes, que nunca haviam apresentado sintomas psiquiátricos antes da pandemia e 69,3% informaram ter atendido pacientes que já haviam recebido alta médica, mas que tiveram reaparecimento de seus sintomas. (GANDRA, 2020)

Também em contexto pandêmico, A pesquisa ConVid Comportamentos, realizada em parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mostrou que 40% dos brasileiros experimentaram sentimentos de tristeza e depressão durante a pandemia. Na mesma pesquisa, mais da metade dos entrevistados revelaram experimentar ansiedade ou nervosismo com frequência desde que a pandemia começou, o que possui ligação direta com o aumento dos quadros de síndrome de pânico que, antes da pandemia, já acometiam 280 milhões de pessoas lutavam contra o distúrbio, seis milhões só no Brasil, de acordo com a OMS. (BALDISSERA, 2021)

Dos conceitos supramencionados, resulta o entendimento de que a concretização do direito à saúde a todos os cidadãos pressupõe a prestação positiva do Estado. Significa dizer que, os transtornos mentais, na maioria das vezes, envolvem perda, ainda que passageira, da lógica do pensamento e da capacidade de autogoverno, situação em que se faz necessária ação

do Estado para garantir meios legais e procedimentais que possibilitem ao paciente a proteção de seus direitos fundamentais.

Eliminar obstáculos também significa adotar medidas de tratamento necessárias ao resgate da autonomia/autodeterminação da pessoa de maneira a remover ou diminuir os obstáculos que impedem o pleno exercício das pessoas com deficiência e a viabilizar o desenvolvimento das suas aptidões e potencialidades, porquanto são sujeitos de direito, em especial a uma vida digna. (VIEIRA, 2022, p. 24)

No mais, a imprescindível singularidade e o cuidado em saúde mental são destoantes da segregação e massificação existentes no atendimento prestado em hospitais especializados. Com relação aos tratamentos voltados à transtornos mentais, ensina Minerbo e Galvani:

(...) a atuação dos profissionais da saúde mental não pode se restringir à eliminação dos sintomas. Nosso foco é a pessoa que sofre. Entendemos o sintoma como um grito de socorro do sujeito psíquico. Diante de situações de violência emocional, geralmente vividos desde a tenra infância, o sujeito que se encontra num impasse lança mão de um recurso extremo: o de mutilar a subjetividade. É uma maneira de escapar à realidade intolerável. Esta defesa “suicida” resulta na doença mental e seus sintomas. Nesta perspectiva, além de tratar dos sintomas, procurando minimizar o sofrimento do paciente, é preciso reconstruir sua subjetividade. Isto significa ajudá-lo a encontrar uma saída ou, ao menos, um sentido para aquilo que ele experimenta como uma realidade intolerável, marcada por uma violência emocional extrema. (MINERBO e GALVANI 2002)

2. CONTEXTO HISTÓRICO

A fim de se obter uma maior compreensão sobre o desenvolvimento das políticas sobre saúde mental e da alteração do modo da assistência psiquiátrica no país, faz-se necessária uma breve retomada dos principais momentos históricos relativos à temática.

Durante a Idade Média, a doença mental era relacionada à feitiçaria, bruxaria, dentre outras simbologias mágicas e, conseqüentemente, seu tratamento dava-se por rituais, rezas e, em casos extremos, mediante exorcismo e extermínio. (MONTEIRO, 2016, p.45)

A mudança de paradigma sobre transtornos mentais deu-se com o surgimento da Psiquiatria, ramo da medicina que se ocupa do diagnóstico, da terapia medicamentosa e da psicoterapia de pacientes que apresentam problemas mentais, quando os transtornos mentais passaram a ser vistos como enfermidades e, assim, passíveis de tratamento e cura. (SOUZA, 2016, p. 45)

Phillippe Pinel (1745-1827) foi o médico responsável pela criação do primeiro método de tratamento de transtornos mentais na modernidade, consistente em sangrias, purgativos e completo isolamento que, para ele, não representava a perda de liberdade, e sim, condição necessária para o reestabelecimento da liberdade do ser humano que se encontrava comprometida pela alienação. Também foi ele quem “consagrou o hospital psiquiátrico, hospício ou manicômio como lugar social dos loucos”. (FORTES, 2010, p. 323)

O Hospital de Pedro II foi o primeiro hospício brasileiro e adotava modelo psiquiátrico que consistia em um regime asilar, que pressupunha que os transtornos mentais retiravam a razão do enfermo, o qual era considerado incapaz, insensato. Nesse contexto, o sistema hospitalar psiquiátrico era muito semelhante a insituições carcerárias, com os pilares da vigilância, controle e disciplina. (AMARANTE, 2007, p. 61)

O cenário apenas começou a se transformar quando do desenvolvimento de fármacos psicotrópicos na década de 1950, que auxiliaram no tratamento de muitos transtornos relacionados à agitação, pensamento psicótico e depressão, o que diminuiu o tempo de hospitalização geral dos pacientes. Somado à isso, a médica psiquiátrica brasileira Nice da Silveira foi uma figura de extrema importância para a mudança de paradigma quanto ao tratamento dos transtornos mentais no Brasil. (MONTEIRO, 2016, p. 55). Silveira recusou-se a aceitar o modelo de tratamentos psiquiátricos existente como único, e defendeu a humanização integral do tratamento psiquiátrico, mediante terapias ocupacionais, arte e integração dos pacientes internados com referências externas ou, isso é, o fim do isolamento social da pessoa com transtorno mental.

Deu-se início à reforma psiquiátrica no Brasil, que pode ser entendida como um processo de “reversão do modo manicomial e hospitalocêntrico de lidar com o fenômeno do transtorno mental e do sofrimento psíquico, com a centralidade da cidadania dos sujeitos, estes inseridos numa histórica e determinada sociedade.” (VIVAS, 2021, posição 664)

Progressivamente, este modelo passou a ser maioria no consciente coletivo, o que gerou maior criticidade em relação à realidade dos hospitais psiquiátricos da época. Ensina Fortes, que durante o século XX:

(...) buscou-se o desenvolvimento de outras formulações e modelos de assistência aos doentes mentais. A reforma da assistência psiquiátrica dá-se em razão do crescente clamor social causado pelas recorrentes denúncias de violência e outras variadas formas de desrespeito aos Direitos Humanos, gerando uma consciência crescente acerca da importância de se lutar pela preservação do direito à singularidade, à subjetividade e à diferença. A partir da década de 1970 os movimentos de transformação da assistência psiquiátrica, iniciados após a Segunda Guerra Mundial, na Europa e nos Estados Unidos passaram a ter grande influência nos programas de saúde mental da América Latina e do Brasil. Dentre os principais movimentos reformistas, de maior relevância, Pitta cita as comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria na Inglaterra, o "setor" da política da França, o movimento de saúde mental comunitária nos Estados Unidos e a psiquiatria democrática italiana. (FORTES, 2010)

Nesse contexto, no final da década de 1970 surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que reivindicava além de questões trabalhistas, a “crônificação do manicômio e o uso do eletrochoque, lutando por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços”. (VIEIRA, 2022, p. 35) A direção programática do Movimento, segundo Goulart, “coincide com a do movimento antimanicomial italiano: o fim dos manicômios (CARTA, 1993) e a luta contra todas as práticas de discriminação e segregação dos portadores de transtorno mental ou psíquico.” (GOULART, 2007, p. 31-32)

Em conjunto de outros membros da sociedade civil, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental teve notável papel na defesa humanização dos hospitais psiquiátricos, com a preferência de serviços extra-hospitalares e multiprofissionais em face das denúncias de maus tratos nas instituições.

Um exemplo de denúncia deu-se com relação ao Hospital Colônia, em Barbacena, Minas Gerais, marcado pelo tratamento desumano provido aos pacientes, dos quais 70% não possuíam diagnóstico de nenhuma doença mental. Eram enviados muitos alcoólatras, prostitutas, esposas confinadas, etc. e, pelo enorme número de mortes ocorridas, ficou conhecido como “Holocausto Brasileiro”. (ARBEX, 2013, p. 25-26 e 253)

A luta antimanicomial foi representada pelo à época Deputado Federal Delgado, responsável pela elaboração do Projeto de Lei nº 3.657/1989, que tinha por objeto a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, além da regulamentação da internação compulsória. (DELGADO, 2011)

A partir da promulgação da Constituição Federal da República de 1988, o movimento intensificou. O direito à saúde passou não só a ser considerado como um direito fundamental do indivíduo, como também um dever prestacional do Estado a ser concretizado mediante o Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei do nº 8.080/1990 (Lei do SUS) fortaleceu o entendimento de saúde em seu aspecto integral, ao dispor “dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de **bem-estar** físico, **mental** e social.” (BRASIL, 1990, art. 3º, parágrafo único, *grifo nosso*)

Com isso, o supramencionado Projeto de Lei nº 3.657/1989 foi aprovado, resultando na Lei nº 10.216/2001, que optou pela valorização do tratamento familiar e comunitário, vedou a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares e estabeleceu a internação involuntária como tratamento excepcional e de prazo definido e que deverá objetivar o resgate da autonomia do paciente, bem como sua reinserção social. (VIEIRA, 2022, p. 22)

Em outras palavras, a Lei deu preferência aos recursos extra-hospitalares e comunitários, tais como, Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e Unidade de Atenção Básica à Saúde (UBS), em detrimento da internação, a qual só deve ocorrer quando àqueles se desmostrarem ineficazes. O intuito da Lei foi o de delinear o tratamento de transtornos mentais, de modo a garantir fosse feito em atenção à dignidade da pessoa humana e demais direitos fundamentais previstos no texto constitucional. Schwartz e demais autores, ilustram o processo de implementação da lei ao dizer que se identificou nas novas legislações sobre saúde mental o reconhecimento dos direitos humanos da pessoa com transtorno mental, por meio do tratamento digno, baseado em princípios científicos, legais e na reinserção social. Isso deu-se a partir da substituição dos grandes hospitais e manicômios do tipo carcerário por serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais, de forma que a internação hospitalar, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares fossem insuficientes. (SCHWARTZ et al, 2017, p.10)

A partir da implementação de mecanismos como as residências terapêuticas¹ e o CAPS tornou-se possível a manutenção pelas pessoas com transtornos mentais de vínculos ocupacionais e profissionais fora da instituição. Iniciou-se, portanto, um “processo de desinstitucionalização da loucura”. (CARNEIRO, ROCHA, 2004, p. 67)

Em que pese os avanços da luta antimanicomial, continuaram sendo registrados casos de violência contra pacientes psiquiátricos e ausência de mecanismos de apuração. Em 2006 a Corte Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) condenou o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes, vítima de tortura e maus-tratos, ocorrida no dia 4 de outubro de 1999, na Clínica de Repouso Guararapes, um estabelecimento psiquiátrico à época com ligação ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizada no município de Sobral, interior do Ceará. Albertina Ximenes, mãe de Damião, relatou à Comissão Interamericana de Direitos Humanos:

Ele veio caindo até a mim, com as mãos amarradas para trás. Estava sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a meus pés, todo sujo e com cheiro de urina. O Damião só conseguia dizer: 'polícia, polícia, polícia'. Ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele. (ALMEIDA, 2016)

Dentre as obrigações estabelecidas na sentença, o tribunal enfatizou que foi a primeira vez que teve a oportunidade de se pronunciar sobre a violação dos direitos de uma pessoa portadora de deficiência mental.² Na mesma sentença a Corte Interamericana estabeleceu o entendimento de que é titular de proteção especial toda pessoa que se encontre em situação de vulnerabilidade, “em virtude dos deveres especiais cujo cumprimento por parte do Estado é necessário para atender às obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos”. (*Ibid.*, p.28) Não bastando que os Estados se abstenham de violar os direitos, sendo imprescindível a adoção de medidas positivas, determináveis em função das necessidades particulares de proteção do sujeito, seja por sua condição pessoal, seja pela situação específica em que se encontre, como a deficiência. Continua:

(...) o acima exposto se aplica de maneira especial às pessoas que se encontrem

¹ O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente “moradia” – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.

² CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf

recebendo atendimento médico, uma vez que a finalidade última da prestação de serviços de saúde é a melhoria da condição da saúde física ou mental do paciente, o que aumenta significativamente as obrigações do Estado e dele exige a adoção das medidas disponíveis e necessárias para impedir a deterioração da condição do paciente e otimizar sua saúde. (*Ibid.*, p. 54)

Outra problemática que persistiu à Reforma Psiquiátrica diz respeito ao processo de desinstitucionalização dos enfermos, os quais encontravam-se internados em manicômios e hospitais psiquiátricos, que apresentou e apresenta diversos impasses na realidade brasileira. Dentre eles, tem-se o fato de a desmontagem dos hospitais psiquiátricos terem ocorrido sem o real deslocamento completo dos pacientes para serviços substitutivos territoriais integrados à saúde mais ampla. Isto deve-se, dentre outras coisas, a realidade de que os serviços que deveriam ser substitutivos ao hospital psiquiátrico não atendem à demanda em saúde mental da população, embasando para a existência de discursos segundo os quais a reforma psiquiátrica tem promovido desassistência e justificando a manutenção da estrutura psiquiátrica tradicional. Dito isso, verifica-se que a desinstitucionalização, como processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomialais, ainda se coloca como um projeto cujas bases precisam ser mais bem desenvolvidas. (AMORIM, DIMENSTEIN, 2009)

Apontadas algumas críticas, a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015), em 2015, representou um marco jurídico e organizacional voltado à proteção das pessoas com deficiência, ao tratamento e promoção da autonomia, e à excepcionalidade das internações. (VIEIRA, 2022, p. 47)

Concomitantemente, a ONU ocupava-se do tema de saúde mental enquanto um direito. Em sessão realizada em 2017 pelo Conselho de Direitos Humanos, os Estados foram chamados a desenvolver suportes e serviços de base comunitária que fossem centrados nas pessoas e orientados a evitar medicalização excessiva e tratamentos inadequados, respeitando a autonomia, a vontade e a preferência dos indivíduos. (CONSELHO DE DIREITOS HUMANOS, 2017)

Portanto, tendo como premissa que a saúde mental não se limita à ausência de transtornos mentais, mas envolve um estado de bem-estar, o tratamento da pessoa com transtorno mental deve observar a dignidade da pessoa humana, com amplo acesso à saúde, mas não necessariamente no recolhimento. (SOUZA, 2016, p.149) Nesse sentido, sustenta Fortes:

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (FORTES, 2010)

A consolidação da temática pode ser verificada, a exemplo, na ação da OMS diante do aumento do número de pessoas acometidas por transtornos mentais. Em 2012 a organização determinou a necessidade de elaboração pelo Secretário Geral de um plano de ação sobre saúde mental. Em 2013, o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020 foi elaborado e em 2019, foi prorrogado até 2030. Segundo a organização Pan-Americana da Saúde, os objetivos do plano dividem-se em quatro núcleos centrais quais sejam, (i) Fortalecer liderança e governança efetivas para a saúde mental; (ii) oferecer serviços de saúde mental comunitários de forma abrangente, integrada e responsiva; (iii) implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental e (iv) fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisa em saúde mental. (MILTERS, 2021)

CAPÍTULO II - NORMATIVAS SOBRE SAÚDE MENTAL

1. INTERNACIONAL

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 foi pioneira no reconhecimento ao direito à igualdade e dignidade a todos (ONU, 1948), cujo significado é esvaziado se não atendido o direito à saúde. (MENDES, 2013, p.22)

No que se refere à saúde mental, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental em 1971 (ONU, 1971). Após quatro anos, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (ONU, 1975). Ambas as Declarações caminham no sentido de defender a igualdade material dos indivíduos, o que significa considerar suas necessidades subjetivas de saúde, e com isso os tratamentos exigidos pelo seu caso, os quais devem ser praticados em observância aos direitos humanos e fundamentais.

A mesma assembleia, em 1991, aprovou a Resolução 46/119 (ONU, 1991), que trata sobre os princípios que devem coordenar a proteção de pessoas acometidas por transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental. Dentre outras coisas, previu que nenhum tratamento deverá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, salvo em hipótese de urgência reconhecida por um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei, no intuito de se evitar não maleficência ou dano iminente ao paciente ou a outras pessoas.

2. NACIONAL

O ordenamento jurídico brasileiro atual possui um alto número de regulamentações sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, que engloba as normas internacionais supramencionadas, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), a Lei nº 13.146/2015, além de numerosas leis infraconstitucionais.

A princípio, importa uma breve menção a hierarquia normativa que, segundo Hans Kelsen, resume-se no fato de a ordem jurídica não ser um sistema de normas ordenadas no mesmo plano, situadas uma ao lado das outras, mas sim uma construção escalonada de

diferentes camadas ou níveis de normas jurídicas. Nesse sentido, uma norma é hierarquicamente superior à outra norma quando esta busca seu fundamento de validade naquela, que, por sua vez é superior por fundamentar a validade desta última. (KELSEN, 2011, p. 215 e p.310)

O jurista atribuiu ao topo dessa pirâmide a Constituição, considerando-a, assim, fundamento de validade de todas as outras normas do sistema, razão pela qual será analisada em primeiro lugar, seguida da análise do Decreto nº 6.949/2009 e da Lei nº 13.146/15, que possuem status de emenda constitucional, pois foram integrados ao sistema jurídico em conformidade com o procedimento previsto no §3º, art. 5º do texto constitucional (BRASIL, 1988, art. 5º, §3º).

A CRFB/88 instituiu o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988, art. 1º, inciso III). O ordenamento trouxe para si a dignidade da pessoa humana como imperativo categórico a ser tratado como parâmetro interpretativo não só para os demais dispositivos do texto constitucional, mas também para toda e qualquer produção legislativa fruto do trabalho do legislador derivado.

O referido princípio diz respeito às exigências básicas do ser humano, para que concretamente, lhe sejam oferecidos os recursos necessários à manutenção de uma existência digna. Um dos campos de proteção da Dignidade da Pessoa Humana no âmbito dos direitos da igualdade, diz respeito aos direitos sociais tais como, mas não se limitando à, vida, liberdade, igualdade e saúde, os quais materializam-se por meio de condutas positivas do Estado que efetivam os direitos sociais, econômicos e culturais para proporcionam condições dignas de existência. (BRASIL, 1988, art. 5 e 6).

Nesse contexto, a concretização do direito à saúde é essencial para o alcance de uma vida digna. Em vista disso, o constituinte originário destinou ao direito à saúde, além do importante artigo 6º, sessão específica no capítulo II, do Título VIII, relativo à ordem social, atribuindo a saúde como um direito, mas também como um dever do Estado. (BRASIL, 1988, art. 196)

Considerando o abominável histórico brasileiro referente ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, é de notável importância mencionar que o atendimento à saúde deverá sempre ser prestado sem discriminação e com observância a todos os direitos fundamentais constitucionalmente previstos. (BRASIL, 1988, art. 3º, inciso IV e Título II)

O constituinte, ainda, determinou que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com participação da comunidade. (BRASIL, 1988, art. 198, inciso II e III)

Feita uma breve análise do texto constitucional originário, parte-se para análise da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que foi incorporada ao ordenamento jurídico interno pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelo Decreto Presidencial nº 6.949/2009 (BRASIL, 2009) como mencionado, na forma de emenda constitucional, e inovou no âmbito legislativo ao reconhecer a necessidade de inclusão e de proporcionar meios de desenvolvimento e garantia da autonomia da pessoa com deficiência. Reconheceu-se o “legítimo direito e oportunidade de se alcançar de forma plena o potencial humano da pessoa com deficiência, com o nítido propósito de promoção, proteção e garantia ao pleno exercício dos seus direitos humanos.” (VIEIRA, 2022, p. 54)

O Comitê criado por esse tratado editou três comentários gerais que se referem à proteção das pessoas com transtorno mental. O Comentário Geral 01 ocupou-se da interpretação do artigo 12 da Convenção, acerca do igual reconhecimento perante a lei. Diferenciou-se, pela primeira vez, os conceitos de capacidade legal e mental, em virtude da constatação de recorrente confusão entre esses conceitos nos relatórios estatais. O equívoco dava-se na conclusão de que as dificuldades nas habilidades decisórias de uma pessoa, em geral por conta de uma deficiência cognitiva ou psicossocial, implicavam, de maneira discriminatória, na desconsideração de sua capacidade legal.

Em concordância com o parecer do Comitê responsável pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2015 foi promulgado o importante Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, que alterou o regime das incapacidades, ao separar os

conceitos de incapaz e deficiente. (BRASIL, 2015) O critério de classificação de capacidade passou a ser exclusivamente o etário, o que significou o rompimento da caracterização legal do deficiente como absolutamente incapaz, condição que restou apenas aos menores de dezesseis anos. Nesse sentido, dispôs a legislação “a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa”. (BRASIL, 2015, art. 6º) A mudança de paradigma relacionada a incapacidade foi de extrema importância, pois o não reconhecimento da capacidade legal das pessoas com transtornos mentais está diretamente relacionado à detenção das pessoas com deficiência em instituições, contra a sua vontade ou sem o seu consentimento, o que constitui privação de liberdade. (VIVAS, 2021, posição 1127)

Como consequente, a curatela passou a ser considerada medida excepcional, restrita aos atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, de modo que as pessoas com deficiência não estariam mais obrigatoriamente sujeitas ao instituto, devendo ser observadas as necessidades de cada caso concreto. Assim previu o artigo 84, §3º, “a definição de curatela de pessoa com deficiência constitui medida protetiva extraordinária, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível”. (BRASIL, 2015, art. 84, §3º e art. 85)

Em alternativa a curatela, foi criada a tomada de decisão apoiada, resumida na possibilidade de a pessoa com deficiência nomear duas ou mais pessoas idôneas e de sua confiança, com as quais matenha vínculo, para apoiá-lo na tomada de decisões sobre atos da vida civil. Reservou, ainda, a legitimidade ativa ao sujeito para requerer a aplicação de tal regime. (BRASIL, 2015, art. 1.783-A)

Por fim, além de atribuir ao poder público o dever de garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda vida, estabeleceu a possibilidade de atendimento sem consentimento prévio da pessoa com deficiência exclusivamente em caso de “risco de morte e de emergência em saúde, resguardado seu superior interesse”. (BRASIL, 2015, art. 10 e art. 13)

Finda a análise das normas constitucionais, originárias e derivadas, passa-se a análise das principais leis infraconstitucionais que tratam sobre a temática.

Poucos anos após a promulgação da CRFB/88, a Lei do SUS (Lei nº 8.080/1990) foi publicada, e dentre importantes dispositivos, esclareceu que dizem respeito também à saúde as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Além disso, estabeleceu como dois dos princípios a serem observados pelas ações e serviços públicos de saúde e pelos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” e a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”, os quais guardam estreita relação com os tratamentos de transtornos mentais. (BRASIL, 1990, art. 3º, parágrafo único e art. 7º, III e IV)

Em 2001 foi promulgada a Lei nº 10.216/2001 que, como já mencionado no capítulo anterior, foi resultado do Projeto de Lei nº 3.657/1989, que introduziu dispositivos que refletem a ideologia defendida pela Reforma Psiquiátrica, resumida na defesa dos direitos humanos, igualdade e cidadania das pessoas com transtornos mentais, e nos modelos substitutivos em relação ao modelo hospitalocêntrico. O legislador estabeleceu como sendo a finalidade permanente dos tratamentos a reinserção da pessoa em seu meio, mediante tratamentos menos invasíveis possível, de preferência comunitários e que protejam a pessoa de qualquer forma de abuso e exploração. (BRASIL, 2001, art. 1º, art. 2º, inciso II, VIII, IX, art. 4º, §1º) Sobre isso, comentam Brito e Ventura:

A Lei de Reforma Psiquiátrica reconhece pela primeira vez a pessoa com transtorno mental como cidadão, buscando regulamentar suas relações com outros portadores de transtornos mentais, profissionais de saúde, profissionais do direito, a sociedade e o Estado, uma vez que atribui a cada um o seu papel no tratamento. (BRITO, VENTURA, 2012, p.60)

No entanto, em que pese os evidentes avanços, os autores realçam que ainda não é possível afirmar que os direitos em tese são respeitados em totalidade. Com relação às internações, foram previstas três formas: (i) a internação voluntária é estabelecida por iniciativa da própria pessoa, que expressa sua vontade mediante declaração de que optou pelo regime de tratamento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consoante Portaria 2.391/GM) que pode ser interrompido por solicitação escrita do paciente ou por deliberação médica na hipótese de não existir necessidade do prosseguimento do tratamento; (ii) a internação involuntária, por sua vez, ocorre sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiro, e deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual (MPE) no prazo de setenta e duas horas pelo responsável técnico

do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta. O término da internação involuntária ocorre por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento; (iii) a internação compulsória, por fim, é determinada por decisão judicial. (BRASIL, 2001, art. 6º, art. 7º, art. 8º,).

As internações ficam condicionadas, dentre outras especificidades, ao laudo médico circunstanciado, devendo ser breve e excepcional, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vendando-se internações em instituições com características asilares, que não assegurem aos pacientes seus direitos legalmente previstos. (BRASIL, 2001, art. 4º, §3º, art. 6º)

No mais, a lei regulamenta a obrigatoriedade de comunicação das intercorrências clínicas graves e de episódios específicos (evasão, transferência, acidente e falecimento) 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. (BRASIL, 2001, art. 10º)

Por fim, a Lei em diversos dispositivos sinaliza sua opção pela desospitalização, o que, em seguida, veio a ser objeto de uma lei própria (Lei nº 10.708/2003), que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. (BRASIL, 2003)

No ano seguinte, foi editada a Portaria nº 2.391/GM que, além das internações previstas na Lei 10.216/2001, tratou explicitamente da possibilidade da internação psiquiátrica voluntária tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação. A partir desse momento, o MPE deve ser comunicado em até 72 horas. Além disso, a Portaria dispôs sobre os itens da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual é parte integrante do laudo médico. (BRASIL, 2002, art. 3º, inciso III e §3º e art. 5)

De igual sorte, estabeleceu a competência do gestor estadual do SUS para a criação de uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, que deve ser composta por

uma equipe multiprofissional, responsável pelo acompanhamento dessas internações, que deve ser feito no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente. Estabeleceu que até o sétimo dia da internação, a Comissão deve efetuar o laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remeter cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas. (BRASIL, 2002, art. 10)

No que tange às crianças e adolescentes, nada obsta a internação. A previsão é no sentido de que o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa que apresente indícios de transtorno mental, após avaliado por equipe técnica multidisciplinar, terá tratamento nos moldes do previsto na Lei nº 10.216/2001. (BRASIL, 2012, art. 64, §7º) No entanto, a internação de crianças e adolescentes pressupõe o respeito a algumas condições, considerando a vulnerabilidade decorrente da existência de transtorno mental somada à condição de sujeitos de direitos em desenvolvimento.

Segundo Scivoletto, para o adequado tratamento dos menores, faz-se necessário o desenvolvimento de abordagens terapêuticas que considerem a existência de transformações intensas e constantes neste intervalo etário, que estão intimamente ligadas ao processo de desenvolvimento físico, psíquico e social. Ademais, além da observância da CRFB/88 e das demais leis dispostas no presente capítulo, o Estatuto da Criança e do Adolescente deve orientar toda a atuação médica e jurídica que diga respeito à criança ou adolescente. (SCIVOLETTO, 2015, p. 301)

Em virtude da complexidade do assunto, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) emitiu parecer à respeito (Parecer nº 6.769/10), o qual foi abordado pelos autores Cordeiro e Morana, que concatenaram as informações do parecer, elencando as condições para que a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes seja possível:

- a) A modalidade de internação voluntária é inaplicável aos menores de 16 anos de idade (absolutamente incapazes, art. 3º, I, Código Civil), diante da presunção legal da ausência de discernimento para formar opinião, manifestar sua vontade e compreender a natureza de sua decisão, quanto a internação psiquiátrica. Assim, menores de 16 anos de idade não poderão internar-se voluntariamente para tratamento por não possuírem capacidade jurídica para manifestarem sobre sua vontade de aderir ao tratamento psiquiátrico sob regime de internação;
- b) Menores de 18 anos e maiores de 16 anos de idade (relativamente incapazes), podem internar-se voluntariamente (quando houver indicação médica para tal), desde

que se manifestem neste sentido e haja, também, a concordância e a assistência de seu responsável legal, nos termos da lei civil; c) Quando houver discordância do menor de 18 anos e maior de 16 anos de idade (relativamente incapaz), não poderá haver a internação sob a forma de internação voluntária, já que a vontade dos seus responsáveis não pode ser considerada como substitutiva da sua própria vontade, para fins de anuência ao tratamento. Neste caso deve-se proceder à internação compulsória; d) Se houver a manifestação de vontade de internar-se, por parte do menor de 18 anos e maior de 16 anos de idade (relativamente incapaz), porém haja a discordância dos seus pais ou responsável legal - havendo um laudo médico a recomendando -, a internação deverá ser feita por meio da via compulsória, ou seja, requerida em juízo, visto que o paciente, neste caso, não pode, sozinho, manifestar validamente o seu desejo, sem a assistência do responsável legal, cuja negativa ou omissão quanto à providência deverá ser analisada judicialmente para eventual suprimimento da autorização. (CORDEIRO, MORANA, 2012)

As internações psiquiátricas involuntárias, segundo o parecer, deveriam ocorrer nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o paciente estiver pondo em risco a si ou a terceiro, além de outras situações emergenciais verificadas sob o exclusivo ponto de vista de sua saúde ou vida, circunstâncias essas sempre justificadas por laudo médico, a internação involuntária de pacientes menores de 18 anos de idade é permitida pelo prazo que essa situação anômala perdurar, comunicando-se o fato em 72 horas ao Ministério Público (Promotoria da Infância e Juventude, com cópia para a Promotoria de Justiça da Saúde). Neste caso é dispensável a prévia ordem judicial, devendo a internação ser providenciada de pronto;
- b) Fora dos casos emergenciais, havendo indicação médica de internação psiquiátrica, porém sem a concordância do paciente menor de idade, avaliando-se o grau de maturidade que este possuir, recomenda-se que a internação seja precedida de pedido de autorização judicial (internação compulsória), de forma a garantir à criança ou ao adolescente o direito de manifestar sua opinião e de acesso à justiça, possibilitando, também, a manifestação prévia do Ministério Público e, se for o caso, a nomeação de um curador especial para resguardar-lhe a defesa dos seus interesses e ponto de vista. (CORDEIRO, MORANA, 2012)

Dessa forma, verifica-se que a internação compulsória deverá ocorrer nos termos da Lei nº 10.216/01, quando existirem conflitos de interesses entre o paciente menor de idade, absoluta ou relativamente incapaz, e de seus pais ou representantes legais, ou ainda, quando estes estiverem ausentes. Por fim, é imprescindível a manifestação do Ministério Público que avalize a internação ou para nomeação de curador especial.

No que se refere ao papel do médico na decisão sobre a internação, é indispensável observar a premissa de que, consoante a Lei 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, é atividade privativa do médico a “indicação de internação e alta médica nos serviços de atenção à saúde”. (BRASIL, 2013, art. 4º, inciso XI)

Outrossim, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução CFM nº 2.057/2013, que atribuiu ao médico a competência do diagnóstico da doença mental, bem como da indicação, aplicação, continuidade e alta dos programas terapêuticos e reabilitadores em seu âmbito de competência. (CFM, 2013, art. 4º, art. 5º, *caput* e §1) O mencionado ato normativo também estabeleceu a obrigatoriedade de registro e justificação no prontuário de qualquer tratamento administrado ao paciente. (CFM, 2013, art. 16, §2º)

Além disso, trouxe mais detalhamentos acerca dos requisitos para internação involuntária. Nos termos da lei, o paciente com transtorno mental somente poderá ser internado involuntariamente se, em função de sua doença, apresentar uma das seguintes condições: “(i) incapacidade grave de autocuidados; (ii) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; (iii) risco de autoagressão ou de heteroagressão; (iv) risco de prejuízo moral ou patrimonial; (v) risco de agressão à ordem pública.”. Ademais, atribuiu ao médico assistente a competência na determinação da natureza e do tipo de tratamento a ser ministrado ao paciente, e da prescrição da alta hospitalar. Em ambos os momentos, tanto na determinação do tratamento, quanto na alta, a CFM entende a imprescindibilidade do laudo médico que contenha as respectivas justificativas. (CFM, 2013, art. 31 e art. 33)

No que tange às competências dos profissionais da saúde, as quais fundam-se no objetivo maior de proteção a vida, imperioso gizar o risco de ação penal e/ou ético disciplinar quando da não intervenção em certas situações, caso seja verificada negligência, imprudência ou imperícia em seu diagnóstico, como por exemplo, em caso de não indicação de internação consentida, quando justificada técnica e legalmente. (VIVAS, 2021, p. 94)

Em 2019 o Conselho Nacional de Direitos Humanos editou Resolução nº 08/2019, que trata sobre “soluções preventivas de violação garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas”. (CNDH, 2019) A resolução reforçou a necessidade de observância dos direitos humanos nos tratamentos, bem como a preferência de tratamentos em espaços abertos, comunitários, que contem com o consentimento prévio dos pacientes e seus familiares, em detrimento dos baseados no isolamento. Com relação à possibilidade de tratamento involuntário, dispôs entendimento

semelhante ao apresentado no Estatuto da Pessoa com Deficiência e na Resolução do CFM mencionada. (BRASIL, 2019, art. 2º, §3º e §4º)

No mesmo ano, como resultado das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), o CNJ publicou o seguinte enunciado:

A tutela individual para internação de pacientes psiquiátricos ou em situação de drogadição ocorrerá pelo menor tempo possível, sob estrito critério médico. As decisões que implonham tal obrigação devem determinar que seus efeitos cessarão no momento de alta concedida pelo médico que atende o paciente na respectiva instituição de saúde, devendo o fato ser imediatamente comunicado pelo prestador do serviço ao Juízo competente. (CNJ, 2019, enunciado 1) ³

É mister ressaltar que as regulamentações não bastam por si só, sendo imprescindível a fiscalização pelo Ministério Público, conselhos regionais das profissões, pelas comissões de defesa dos Direitos Humanos, instituições representativas de usuários e familiares, e outros envolvidos. (VIVAS, 2021, p. 95)

Diante das legislações acima dispostas é possível concluir que a internação psiquiátrica trata-se de ferramenta de extrema relevância e imprescindibilidade dentro das possibilidades de tratativas terapêuticas dos transtornos mentais graves, que deve ser reservada às situações extremas, quando recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes para remediar a situação de risco ao sujeito ou a terceiro. Trata-se, ainda, de exclusivo ato médico, não apenas pela natureza da intervenção, como também na seara legal, de acordo com a Lei nº 10.216/01.

³ Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/e8661c101b2d80ec95593d03dc1fd3e.pdf>

CAPÍTULO III - OS DILEMAS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA NÃO CONSENTIDA

1. CONFLITO DE DIREITOS

A internação psiquiátrica trata-se de um tema controverso, que divide opiniões dos especialistas. No que diz respeito à internação não consentida, trata-se de um instrumento extremamente relevante que deve ser reservado a casos graves, quando os recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes e o sujeito apresentar-se em situação de alta vulnerabilidade, e apresentada uma das seguintes condições: (i) incapacidade grave de autocuidados; (ii) risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; (iii) risco de autoagressão ou de heteroagressão; (iv) risco de prejuízo moral ou patrimonial; (v) risco de agressão à ordem pública.

Também, porque, se não tratada de prontidão e adequadamente, a doença psiquiátrica, como qualquer outra, pode tornar-se crônica. (SHIRAKAWA, GOLÇALVES, 2007, p. 190) Trata-se, desse modo, de último recurso para proteção da integridade física e psíquica do paciente e pessoas relacionadas, quando ocorrer diminuição e, em casos extremos, a perda de autonomia como consequência da doença mental.

No entanto, em determinados casos, verifica-se o conflito de interesse entre a vontades do médico e do paciente, quando este recusa-se a atender à indicação daquele. A não prevalência da vontade da pessoa com transtorno mental é justificada por sua inaptidão de tomar uma decisão racional, apesar da possibilidade de a pessoa possuir consciência. (VIEIRA, 2022, p. 83) Esse entendimento, todavia, resulta na intervenção pela instituição de saúde na esfera da liberdade do paciente.

Com relação à liberdade da pessoa, Mauro A. Lima possui a compreensão de que quando tratar-se de uma internação sem consentimento bem indicada e em que sejam respeitados os direitos fundamentais e humanos, a detenção do paciente justifica-se para, justamente, libertá-lo. Segundo o autor, quando a pessoa adoece, a liberdade lhe escapa, pois perde a capacidade de discriminar e escolher o que, em condições habituais e estáveis de seu estado emocional, teria a possibilidade de fazê-lo. (LIMA, 2007, p. 121)

Continua, dizendo que o paciente em crise dispõe apenas da potência da liberdade, mas que, “quando no momento de sua alta, a liberdade que se lhe restituiu é, esta sim, liberdade em plenitude, potência e ato coincidentes, a que lhe completa e concreta, única e intransferível em seu valor e natureza”. Não sendo muito ressaltar que a autonomia do paciente deve ser respeitada ao máximo, até onde ela não esteja silenciada pela condição do adoecimento em que passar ameaçar-lhe a vida ou o retorno à sanidade. (LIMA, 2007, p. 125)

Nos casos em que apresentam-se esses conflitos de interesse, o médico, depara-se com o dilema ético que envolve a decisão de privilegiar o princípio da autonomia ou o da beneficência (o ato vai prevenir a dor ou sofrimento de alguém)/não-maleficência (o ato vai afastar o sofrimento ou dor do outro). Em outras palavras, de um lado há a violação da liberdade e, de outro, a proteção da vida. (WEBER, 2017)

A ponderação dos princípios pode ser fundamentada nas máximas de Hipócrates: “Usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo minha capacidade de juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça. No que diz respeito às doenças, criarei o hábito de duas coisas: socorrer ou ao menos não causar danos”. (COHEN, 2007, p. 163) Assim, porquanto a pessoa com transtorno mental pode ter sua capacidade diminuída e, em casos graves, nenhuma capacidade de expressar seu consentimento de maneira consciente e responsável, sua vida ora em risco, deve ser protegida e sua saúde recuperada, pelo atendimento das suas necessidades. (FORTES, 2010)

Até, pois, as pessoas com transtornos mentais também poder ocupar o papel de agressor, principalmente em âmbito familiar, quando as dificuldades de convívio social, resultarem em situações perigosas ou de descontrole, corroborando a necessidade medidas mais incisivas, porem eficazes, de tratamento e acompanhamento. No documentário Omissão de Socorro, uma mãe relatou que o filho, adulto, que possui transtornos mentais, não aceita as atividades e remédios disponíveis no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que, em casa, além de também não tomar remédio, a agride com socos e cabo de vassoura. (ARAÚJO, 2007, 17’42’’).

Assim, apesar de a internação ser mal vista por muitos, em virtude do deturpado passado manicomial do mundo, em que a instituição era utilizada de maneira corrupta, como depósito, substituto de cárcere, e até mesmo como mecanismo de repressão político, há de se pensar na internação psiquiátrica atual como uma superação do local de isolamento que não vislumbra o tratamento ou a reinserção social, para um local de atendimento de pacientes com quadros agudos que requerem acompanhamento próximo e imediato.

Em suma, a internação psiquiátrica não consentida trata-se um dispositivo clínico fundamental no tratamento de psicoses agudas, as quais podem “levar o sujeito à exclusão social absoluta e até a morte”. (ZENONI, 2000, p. 14-15). A estrutura da internação deve-se dar no sentido de “ofertar ao psicótico um lugar de trabalho subjetivo, um espaço com oferta de atividades terapêuticas, de recursos expressivos, de fala e de construção de sentido”(VIEIRA, 2022, p. 90), isso é, a função da internação deve ser considerada individualmente para cada paciente, atentando a sua dimensão particular e observando sua singularidade, de modo a preparar a equipe de saúde no auxílio em situações de crise.

2. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PACIENTES

Importante aspecto a ser levado em consideração diz respeito à destitucionalização de pessoas com transtorno mental. Em que pese a importância de as pessoas não serem mais submetidas à institucionalização como nos antigos modelos de tratamento terapêutico, é de especial necessidade a análise de como o processo de desinstitucionalização deve ser orientado, não sendo eficaz a interrupção abrupta da relação dos pacientes para com os tratamentos e equipe médica.

Isto pois, os pacientes que são mantidos por longo período de tempo segregados, quando recebem a alta hospitalar, sentem insegurança na retomada das relações sociais, dada a inexistência, muitas vezes, do exercício de convívio com outras pessoas. Nesse contexto, o processo de desinstitucionalização deve ser planejado e estruturado mediante o desenvolvimento estrutural da rede de atenção psicossocial e não somente realizado mediante o fechamento de hospitais psiquiátricos.

Outra perspectiva bem observada por Lougon, dá-se no sentido de que após o fechamento de instituições psiquiátricas, pessoas acometidas com doenças graves e crônicas, como a demência, foram transferidos para hospitais de curta permanência, os quais tem como função o acolhimento e controle de pacientes em crise. No entanto, em virtude de muitos desses pacientes não terem a possibilidade de permanecerem desassistidos e também por não terem pra onde ir, os hospitais de curta permanência foram transformados em residência para essas pessoas. (LOUGON, 1993, p. 150)

Um estudo realizado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo concluiu que a existência de serviços comunitários bem estruturados e tratamentos extra-hospitalares bem desenvolvidos estão associados à diminuição da taxa de internação involuntária, pois apenas pessoas com estados muito agravados serão admitidas no hospital. Em contrapartida, a diminuição dos leitos psiquiátricos, sem o desenvolvimento de serviços extra-hospitalares desenvolvidos e estruturados, está associada ao aumento da taxa de internação involuntária. (CHANG et al, 2013)

Não se deve, nessa toada, ignorar que os casos agudos na psiquiatria, segundo os dados epidemiológicos, estarão sempre presentes e, em muitos deles, a família não possui capacidade de lidar com agitações e agressões, por exemplo, ou tentativas de suicídio, casos em que isolam a pessoa até conseguir vaga em lugar adequado. (SHIRAKAWA, GONÇALVES, 2007, p. 190) Por esse motivo, a Associação Brasileira de Psiquiatria, apesar de não concordar com a forma que as pessoas eram submetidas aos tratamentos nos tradicionais manicômios, considera um importante instrumento a internação das pessoas com enfermidades mentais graves ou em crise em estabelecimentos hospitalares que oferecem serviços com qualidade técnica e tratamento adequado. (AGÊNCIA SENADO, 2009)

Assim, “a desinstitucionalização, conquanto indispensável, implica uma contrapartida de investimentos em outros recursos e modelos de assistências”, atentando para o fato de que o simples fechamento de instituições não oferece alternativa às pessoas que precisam dos cuidados de longa duração, também denominado custódia. (VIEIRA, 2022, p. 91)

Com relação aos pacientes com doenças que não pressupõem a custódia, a alta médica não deixa de ser um momento de temores e insegurança, razão pela qual também deve ser desenvolvido um plano assistencial a ser aplicado após a alta da internação, com tratamentos externos e com comprometimento do paciente e pessoas relacionadas. Em outras palavras, o término da internação não implica o fim do tratamento, que pode continuar com caráter voluntário.

3. OMISSÕES LEGISLATIVAS

Apesar da grande importância representada pela Lei nº 10.216/2001, a norma em questão possui omissões legislativas relacionadas, principalmente, ao término da internação compulsória. Diferentemente das internações voluntárias e involuntárias, em que seus termos devem se dar (i) por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente ou, caso haja necessidade de continuidade do tratamento, sem que haja concordância do paciente, o MPE deverá ser comunicado em até 72 horas; e (ii) por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo responsável pelo tratamento; não há disposição sobre o término da internação compulsória, apenas sobre seu início, mediante decisão judicial, o que dá lugar a interpretações abusivas (BRASIL, 2001, art. 7º, parágrafo único, art. 8º, §2) e “conquanto a hospitalização obrigatória de curto prazo para casos agudos de doença psiquiátrica permaneça aceitável, existem poucas razões para um paciente permanecer em uma instituição por um longo período”. (VIEIRA, 2022, p. 82)

Ainda que a lei não estabeleça a necessidade de autorização do magistrado para emissão de alta médica, também não explicita a autonomia médica para liberação do paciente. Na prática, muitos tribunais entendem no sentido de que a alta deve ser comunicada ao magistrado que, por sua vez, deve avaliar, condição, esta, que tem gerado incomodo às equipes de saúde que dão alta ao paciente, o qual não é liberado por motivos terceiros às questões médicas.

Diante da divergência de compreensão entre área médica e jurídica, o Conselho Regional de Medicina proferiu um parecer (Consulta 3.188/2011) recomendando a autorização judicial para a alta.

Por outro lado, a sugestão de muitos autores dá-se no sentido de a decisão representar uma formalização da decisão médica, de modo que ela deveria ser orientada pela recomendação de alta hospitalar, concedida pela equipe médica responsável pelo atendimento do paciente, de modo a impedir risco de hospitalização desnecessária de longo prazo e consequente sobrecarga de custos financeiros ao sistema público de saúde. (VENTURINI et al, 2018)

Tem-se, ainda, a discussão à despeito da necessidade de autorização Judiciária prévia ou posterior para ocorrência da internação involuntária. Sobre o assunto, Vieira observa o risco de dano irreparável àquele que se busca proteger ou a terceiros, decorrente da exigência de controle jurisdicional prévio à internação involuntária, mesmo que já emitido laudo que ateste a gravidade do transtorno. Quanto ao controle jurisdicional posterior, o autor entende que acarretaria em uma sobrecarga burocrática, pois não havendo processo judicial, seria necessário iniciá-lo ou, em alternativa, seria imperioso a criação de um procedimento administrativo. (VIEIRA, 2022, p. 103)

É importante ressaltar que nada afasta a possibilidade de utilização do remédio constitucional, habeas corpus, para que o internado possa acionar o órgão judicial para que se pronuncie, em um curto prazo, sobre a legalidade de sua privação de liberdade; ou ainda, nada obsta à atuação de instituições como a Defensoria Pública e o Ministério Público, mediante denúncia de terceiro ou por iniciativa própria, como da atuação do Comitê de Revisão das internações involuntárias, com sua constituição prevista na Portaria nº 2391 do Ministério da Saúde, e dos conselhos federais e regionais de profissões.

Nessa seara, torna-se necessária a qualificação dos profissionais do direito, em especial o magistrado, para desenvolvimento da habilidade de compreensão dos conhecimentos da área da saúde para fins da análise do conteúdo dos laudos e emissão de juízos decisórios adequados. Somado a isso, o diálogo entre os profissionais do direito e da saúde mental teve ser aprimorado, pois os debates em busca de resoluções e parcerias consensuais proporcionam um melhor atendimento ao interesse do paciente. (FORTES, 2010, p. 329) Leciona Fortes:

O estímulo ao diálogo entre os profissionais de saúde e o judiciário, por meio dos seus representantes médicos e juízes, respectivamente ou por meio das entidades de classe com notas de esclarecimento e informações, com orientações técnicas ou treinamentos, deverá ser o caminho em busca de um consenso, sem diminuir a

responsabilidade de cada um dos envolvidos, objetivando unicamente o bem estar do paciente. (*Ibid.* p. 329)

4. A FAMÍLIA

A participação da família no tratamento de pessoas com transtorno mental já foi considerada um agravante e, até mesmo, a própria causa da adversidade, de modo que era recomendado o distanciamento em relação ao paciente. Esse cenário mudou apenas com a Reforma Psiquiátrica, em que a família passou a desempenhar função essencial nos tratamentos.

No entanto, o novo modelo de Atenção em Saúde Mental, que visa promover maior qualidade de vida às pessoas com transtornos mentais, no que concerne à desinstitucionalização psiquiátrica, também traz consigo alguns desafios e lacunas, sendo uma delas alvo de análise neste trabalho: a repercussão da desinstitucionalização no âmbito familiar.

Na década de 1990, iniciou-se o processo de desinstitucionalização com a transferência de pacientes de hospitais psiquiátricos aos serviços de atenção psicossociais de base comunitária, que tinha como o intuito a criação de vínculos familiares e sociais pelos enfermos. No contexto de substituição do modelo manicomial para o atendimento comunitário, houve a aproximação dos familiares à pessoa com transtorno mental, de modo que os familiares foram novamente responsabilizados pelo tratamento e cuidado deste indivíduo. (LEOPOLDO, ROSA, 2020, p. 113)

Assim, se no contexto hospitalocêntrico, a família era excluída do processo de tratamento; no contexto da reforma psiquiátrica, a família foi incluída no provimento do cuidado e passou a ser entendida como parte fundamental na estratégia de intervenção. “A relação entre a equipe de saúde e a família foi revista, e a família foi incluída nos planos de reabilitação e cuidados, permitindo que as informações entre família/equipe sejam constantes”. (VIEIRA, 2022, p. 99)

No entanto, no contexto neoliberal, no qual se defende que o bem-estar social deve ser proporcionado pelo âmbito privado, e também na realidade brasileira em que, infelizmente, as políticas públicas escritas representam um ideal que, na maioria das vezes, encontra-se distante da realidade, “a família passou a ser um “amortecedor” de crise, sendo exigida a assumir novas

funções, as quais a sobrecarregam, sobretudo as mulheres do grupo, historicamente, com a atribuição da produção de cuidado. ”. (LEOPOLDO, ROSA, 2020, p. 114) Assim, a família que, em tese, deveria representar uma participação importante dentro dos serviços assistenciais de saúde mental, passou a assumir a responsabilidade por essa função, acompanhada da desresponsabilização estatal.

Assim, tendo em vista que as famílias usuárias do Sistema Único de Saúde são em geral de baixa renda, elas passaram a se deparar com uma realidade de sobrecargas, tendo que dividir seu tempo entre gerar renda e prover cuidado. (LEOPOLDO, ROSA, 2020, p. 114)

Nesse contexto, ao recentralizar o cuidado em saúde mental na família, o Estado acaba por culpabilizar aquelas que não conseguem desempenhar os papéis esperados, pela condição de sobrevivência, tamanho da família, falta de acesso aos serviços públicos, dentre outros. (TEIXEIRA, 2013, p. 123) Dessa forma, “as famílias, especialmente as mais pobres, para manter-se enquanto unidades familiares, precisam não de novas responsabilizações e contrapartidas implícitas ou explícitas, mas de serviços dirigidos a elas, alternativos e substitutos parciais das suas funções”. (TEIXEIRA, 2013, p. 123) Ou seja, pressupõe mais presença do Estado em seu cotidiano, e não a transferência de responsabilidades.

Por fim, o papel ativo nos cuidados com o familiar, ensejou na família a necessidade também de cuidado à família, haja vista a sobrecarga física e emocional decorrente de sua participação. (OMS, 2002, p. 7 e p. 63) Pelas razões acima expostas, “os serviços de saúde mental devem escutar as reivindicações dos familiares cuidadores, considerando as vivências inerentes ao convívio da pessoa com transtorno mental” (LEOPOLDO, ROSA, 2020, p. 120) de maneira a promover o acesso a outros direitos fundamentais, assim como melhor a eficácia desses serviços, para que estas relações parentais não sejam sobrecarregadas.

5. REPRESENTATIVIDADE LEGAL

O último dilema a ser tratado trata-se das questões relacionadas a representatividade legal. Como já mencionado na presente pesquisa, o Estatuto da Pessoa com Deficiência restringiu as hipóteses de curatela aos atos patrimoniais e negociais. Todavia, algumas doenças, permanentemente graves ou em quadros de crise, impossibilitam que a pessoa adote qualquer

medida em relação aos seus atos existenciais, transcendendo a incapacidade relacionada aos atos patrimoniais e negociais.

Nos casos de comprometimento grave do poder de autodeterminação da pessoa com deficiência, como em casos em o estado mental da pessoa gera perigo à manutenção de sua própria subsistência, emergirá a possibilidade jurídica de extensão da curatela (ou tomada de decisão apoiada) para outros atos que não patrimoniais, sem prescindir, justificação lógica racional, embasada na proporcionalidade, para fins de justificação da intervenção estatal no espaço existencial da pessoa com transtorno mental. Em nenhum caso de representação, ressalta-se, a pessoa com transtorno mental deverá ser deixada à parte de sua vida como mera espectadora. (VIEIRA, 2018)

Em todos os casos, o representante legal deverá ser guiado pelos interesses fundamentais da pessoa representado, em detrimento de sua própria vontade, traduzidos nos princípios da dignidade da pessoa humana, beneficência e não maleficência e o respeito aos direitos fundamentais. (VIVAS, 2021, p. 100)

Por fim, não resta dúvidas quanto à possibilidade de o representante legal autorizar a internação não consentida e, em caso de divergência de opiniões entre o representante e a equipe médica, há a possibilidade de recorrer ao Judiciário.

6. DISCUSSÃO SOBRE A CONSTITUCIONALIDADE DA LEI 10.216/01

O último ponto a ser tratado sobre os dilemas da internação não consentida, diz respeito ao debate existente sobre a possibilidade de restrição à liberdade extrapenal em casos de transtornos mentais, ainda que não exista previsão expressa na CRFB/88 para tanto, o que acarreta questionamento sobre a constitucionalidade da Lei 10.216/01.

Em uma decisão do Tribunal Constitucional Federal alemão o entendimento deu-se no sentido de que tão somente a colisão entre direitos e valores jurídicos de hierarquia constitucional podem legitimar o estabelecimento de limitações a direitos não submetidos a uma reserva legal, em observância à unidade do conteúdo constitucional e aos valores que tenham como finalidade a proteção dos interesses da sociedade. (MENDES, 2002, p. 240) No

mesmo sentido, compreende Pinheiro, ressaltando que a possibilidade de ponderação, com consequente restrição de direitos em conflito justifica-se, também, pela inexistência de direitos absolutos. (PINHEIRO, 2013, p. 125-138)

Em contrapartida, outra parte da doutrina entende pela admissibilidade de limitação dos direitos fundamentais, desde que a limitação seja proporcional aos direitos em colisão. Nesse sentido, Monteiro, apesar de reconhecer a ofensa da internação não consentida aos direitos fundamentais de liberdade e autonomia, sustenta que seja concebível a legitimidade da internação, quando a gravidade da enfermidade acarretar risco à vida do sujeito e de terceiros, caso em que a medida representaria meio de proteção à vida e a saúde do paciente e das pessoas próximas. (SARLET, MONTEIRO 2015, p. 1.426) Segundo o autor, são cinco os principais parâmetros para análise da legitimidade da medida:

i) a perda de autonomia em decorrência do transtorno mental (ou risco de morte); ii) a impossibilidade do tratamento pautar-se no critério meramente subjetivo do consentimento; iii) o histórico pessoal do paciente; v) a saúde da pessoa com transtorno mental e; v) a segurança do paciente, de seus familiares e de terceiros. (VIEIRA, 2022, p. 105)

No mais, salienta a importância da análise da internação sob três perspectivas, quais sejam, a adequação, a necessidade e, consequentemente, a proporcionalidade. A adequação refere-se à medida ser ou não o meio mais apto ao tratamento em questão; a necessidade diz sobre o tratamento ser o menos gravoso em face dos riscos da enfermidade ao paciente, terceiros e sociedade; e, por fim, a proporcionalidade, seria constatada se as primeiras duas perspectivas pertinentes, como se tratará mais profundamente no capítulo a seguir. De acordo com esse entendimento, no âmbito da internação não consentida, o direito à liberdade sujeita-se a restrições, principalmente, quando deseja-se proteger e promover a dignidade da pessoa humana, como quando “o sujeito que padrece de grave sofrimento psíquico ofereça risco à sua vida (suicídio), à sua integridade física e psíquica (autoagressão ou incapacidade de autocuidado)” ou em casos de heteroagressão. (*Ibid*, p. 105)

Em sede de decisões judiciais no Brasil, o Superior Tribunal de Justiça não deliberou especificamente sobre a constitucionalidade da lei e da internação não consentida, mas decidiu em algumas ocasiões pela admissibilidade da hospitalização obrigatória como medida excepcional, desde que baseada em laudo médico e atendidos aos requisitos da Lei 10.216/01.

Todavia, nenhum órgão do Poder Judiciário avançou na análise da constitucionalidade da medida, razão pela qual ao longo da pesquisa, aferir-se-á a constitucionalidade da referida legislação, tanto no aspecto formal, quanto material, haja vista o ônus estatal de justificar as limitações impostas aos direitos fundamentais.

CAPÍTULO IV – LIMITAÇÕES AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E O CRITÉRIO DA PROPORCIONALIDADE

1. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Como já mencionado nos capítulos anteriores, a dignidade da pessoa humana está prevista na CRFB/88, como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito (BRASIL, 1988, art. 1º, inciso III) e, mais do que isso, pode ser considerada como o fundamento de todos os demais direitos, sendo atributo de todo e qualquer ser humano.

Gurgel ao tratar sobre a filosofia kantiana, dispôs que deve ser considerado ilegítimo, ainda que não seja normativamente proibida, a ação ou ato estatal que deseja reduzir a condição humana a um meio, objeto ou coisa, para o atingimento de determinado fim. (GURGEL, 2018, p. 1300)

Isto posto, verifica-se que a dignidade impõe um limite da ação estatal, incorrendo em direitos negativos e prestacionais. Funciona, pois, como critério material do princípio da proporcionalidade. Em outras palavras, a dignidade da pessoa humana serve como parâmetro na aplicação do princípio da proporcionalidade quando da aferição de ato ou inércia estatal em face de direitos fundamentais dos indivíduos, como o direito à liberdade, o qual é diretamente atingido pela internação não consentida.

No que diz respeito ao direito à liberdade, é indubitável o papel negativo do Estado. Por outro lado, as interferências positivas justificam-se justamente em razão do princípio da dignidade humana. Em consonância ao exposto, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos estabeleceu em seu artigo 5º sobre autonomia e responsabilidade individual:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. **Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia.** (UNESCO, 2005, art. 5, *grifos nossos*)

No mesmo sentido, a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência ao reconhecer os direitos humanos de todas as pessoas, cuidou em observar que para serem materializados, com relação às pessoas que requerem mais apoio, devem existir meios de promoção e proteção pelo Estado a fim de possibilitar a igualdade de oportunidades com as

demais pessoas e consequente inclusão social. Significa dizer, que é essencial que seja conferido tratamento diferenciado às pessoas com vulnerabilidades e necessidades diversas, de modo a observar o princípio da igualdade material, a qual é essencial, inclusive, para o alcance a real democracia. (ONU, 2014, preâmbulo, art. 19)

Além disso, em consequência da força constitucional da dignidade da pessoa humana, toda ordem jurídica nacional é vinculada tanto no seu conteúdo, quanto na aplicação das normas jurídicas, ao princípio em tese.

2. AUTONOMIA, CONSENTIMENTO INFORMADO E AS LIMITAÇÕES HUMANAS

A grande problemática que envolve a dignidade da pessoa humana e a capacidade da pessoa com deficiência encontra-se no estabelecimento de impedimentos à autonomia do indivíduo. “É o direito à autonomia, decorrente da dignidade da pessoa humana, que viabiliza a autocriação e o desenvolvimento da personalidade do sujeito, nos limites definidos pelo sistema jurídico” e no próprio princípio da humanidade. (GAMA, NUNES, 2018, p. 1963) A autonomia trata-se, assim, de direito intrínseco ao direito à liberdade podendo, inclusive, ser considerada como uma forma de manifestação deste último, o qual é previsto no *caput* do artigo 5º da CRFB/88. (BRASIL, 1988, art.5, *caput* e inciso II) Nesse sentido, a liberdade pode ser considerada sob duas perspectivas: (i) como direito de resistência à intervenção estatal, constituindo-se como um direito de status negativo em face do Estado, que representa o poder de autodeterminação do indivíduo, com a liberdade de ação ou omissão, sem qualquer interferência por parte do Estado; ou ainda, (ii) no dever de ação do Estado para garantia do regime das liberdades, isso é, por meio dos direitos sociais prestacionais. (TORRES, 2001, p. 265-266)

A autonomia, portanto, está inserida no primeiro sentido do direito a liberdade, e representa a faculdade de toda pessoa se autodeterminar, ou seja, ser considerada um agente responsável e capaz de tomar por si própria as escolhas que lhe dizem respeito, inclusive no que se refere à participação ativa em deliberações políticas da comunidade. Nas palavras de Raz, a autonomia se constitui na ideia de que as pessoas possam controlar, até certo ponto, seus próprios destinos, ao ocupar a posição de autora da própria existência. (RAZ, 2011, p. 347)

Para Barroso, a autonomia é exercida desde que presentes três pressupostos: a razão, resumida na capacidade de tomar decisões informadas; a independência, ou seja, a inexistência de coerção, manipulação ou omissões essenciais; e a escolha, materializada quando da existência de alternativas. (BARROSO, 2016, p. 82) Em outras palavras, o exercício da autonomia tem como premissa a compreensão, razão e deliberação na tomada de decisões, levando em consideração as alternativas disponíveis, estando livre de coerções.

Observadas as considerações acima, tem-se que a autonomia não é vinculada às escolhas que levem ao bem-estar do sujeito, mas a opção pessoal de agir de acordo com sua própria consciência. A título de ilustração, tem-se o fumante, que apesar de deter informações sobre os malefícios do cigarro, opta pelo consumo da mesma forma. Bem assinalaram Game e Nunes, que “pode ser que a pessoa decida contrariamente ao que sabe ser melhor para ela e ainda assim esteja no uso de sua autonomia”. (GAMA, NUNES, 2018, p. 1946-1976) Continuam os autores, relacionando a autonomia à integridade e não necessariamente ao bem-estar da pessoa. Sobre a afirmação, escreveu Vieira:

As pessoas são livres, possuem o direito de livre percepção da vida, conduzindo-a da maneira que melhor lhes aprouver, possuindo, indiscutivelmente, também, fraquezas, incoerências e contradições, importando-se, assim, a presença do elemento respeito, possibilitando-se ao sujeito de direitos conduzir a sua existência do modo íntegro e autêntico possível, em conformidade com a percepção individual que tem sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o que entende importante para si no momento. (VIEIRA, 2022, p. 122)

Feita breve consideração sobre a autonomia, subproduto do direito fundamental à liberdade, é evidente que a exigência de consentimento, informado e esclarecido, para intervenções na saúde do indivíduo representa evidentemente o respeito à autonomia do ser humano. O consentimento informado representa a autorização do paciente para a atuação do médico sobre sua integridade psicofísica; enquanto que o consentimento esclarecido representa a exigência de que o sujeito seja apto a compreender e considerar a intervenção, sem que haja coação ou indução. (RIBEIRO, 2016, p. 736)

Na seara constitucional da ordem jurídica brasileira, a despeito da previsão constitucional do direito à liberdade e a autodeterminação física e psíquica, não havia qualquer previsão sobre o consentimento informado. Conjuntura, esta, que mudou apenas com a

incorporação da Convenção Internacional sobre Direito da Pessoa com Deficiência ao direito interno em 2009, que prevê no item d do artigo 25:

Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência; (BRASIL, 2009, art. 25, item c)

Na esfera infraconstitucional, há a vedação ao constrangimento a submeter qualquer pessoa a tratamento médico ou intervenção jurídica no Código Civil, no Código Penal e, mais profundamente, no Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esta última, avançou ao determinar a necessidade consentimento prévio, livre e esclarecido para atendimento médico, ressalvados os casos de risco de morte e de emergência e em saúde. (BRASIL, 2015, art. 12-13)

No entanto, a autonomia pessoal, que é a capacidade para consentir ao tratamento ou outras decisões médicas, isto é, a “mobilização de recursos cognitivos e emocionais necessários para o paciente tomar uma decisão autêntica em face de problema relacionado com seu estado de saúde” (RIBEIRO, 2016, p. 748), segundo Abdalla-Filhom Chalub e Telles, conta com quatro habilidades fundamentais, são elas, o entendimento, a apreciação, o raciocínio e a manifestação de escolha. (ABDALLA-FILHO, CHALUB, TELLES, 2016, p. 624) Em conformidade com essa compreensão, Appelbaum e Grisso, explicaram os quatro elementos da capacidade de consentir:

- i) habilidade para compreender informações, as características da efermidade e do tratamento recomendado, com os riscos e os benefícios associados, e das abordagens terapêuticas alternativas, incluindo a ausência de tratamento, com suas vantagens e desvantagens;
- ii) habilidade para autorreferenciar informações, as características da enfermidade e do tratamento recomendado, com os riscos e os benefícios associados, e das abordagens terapêuticas alternativas, incluindo a ausência de tratamento, com suas vantagens e desvantagens;
- iii) habilidade para manioular a informação relevante para a tomada de decisão, compare as alternativas terapêuticas, avalie os prejuízos e os benefícios associados, dimensione os riscos e suas probabilidades;
- iv) habilidade para comunicar uma decisão sobre os cuidados de saúde pretendidos, por intermédio de linguagem verbal, escrita ou falada, ou a linguagem não verbal, como sinais e expressões faciais, além de recursos de tecnologia assistiva. (VIEIRA, 2022, p. 129)

Quando ausentes algumas das habilidades/elementos supramencionadas, é possível que o discernimento seja reduzido, inferindo em uma sensível problemática. Sobre isso, Menezes (MENEZES, 2016, p. 525) reforça que, independentemente do atendimento ou não dos requisitos, não deve existir presunção de incapacidade de emissão de consentimento, pelo contrário, a hipótese deve ser comprovada pelo devido processo legal, de modo a assegurar que ninguém seja submetido a tratamento, hospitalização ou pesquisa científica, sem seu consentimento prévio, livre e esclarecido. (BRASIL, 2015, art. 12-13)

Todavia, existem situações que prescindem ao devido processo legal. Sobre o assunto, ensina Vieira:

Não obstante ser plenamente possível tutelas provisórias de urgência em cautelares ou antecipatórias, na realidade concreta, diante da gravidade do quadro de transtorno mental, faz-se imprescindível o recurso à internação involuntária, independente de ordem judicial, sob pena de risco na demora concernente ao ajuizamento da ação e sua correspondente apreciação, gerar dano irreparável, posto que a realidade concreta revela que há situações que impõem providências imediatas, diante da gravidade do estado de saúde de pessoa com transtorno mental, acrescida da recusa em submeter-se a tratamento médico necessário, de sorte que, repise-se o fato de se efetivar a internação involuntária não gera desamparo ao internado, porquanto, além de ser obrigatória a cientificação do Ministério Público, nada obstaculizará o controle judicial da medida. (VIEIRA, 2022, p. 193)

Desse cenário, evidencia-se a necessidade de maior cautela com os direitos fundamentais do vulnerável, mediante a proteção estatal em face da vulnerabilidade do indivíduo, tendo em vista que a depender do grau de enfermidade, o sujeito não terá autonomia necessária para decisão relativa aos tratamentos médicos.

É importante ressaltar que deverão ser considerados os variados graus de enfermidade, sendo possível, no caso concreto, que diante das potencialidades constatadas em cada pessoa para fins de emissão do livre consentimento, sua opinião seja levada em consideração. Na hipótese oposta, caso o paciente não esteja em condições de expressar sua vontade, o médico estará obrigado a obter o consentimento de seus responsáveis legais, denominado consentimento substituto. Caso exista perigo de morte ou dano irreparável, isso é, quando tratar-se de situação urgente, necessária e inadiável, o direito à vida deve prevalecer, com a utilização de meios moderados. É evidente, no âmbito das internações psiquiátricas, a importância dos papéis e responsabilidades dos médicos, os quais são responsáveis pelo diagnóstico e laudos de internação e que devem ter suas condutas dirigidas pelo princípio da não maleficência.

Em suma, em situações justificadas, as ações devem ser direcionadas tendo como objetivo a preservação da pessoa com transtorno mental, sua autonomia, e sua liberdade, contudo “até onde essas e outras liberdades não estejam, elas mesmas, silenciadas e abatidas por uma imposição maior da natureza”, enfermidade, a “tornar-lhe pessoa cometida e a ameaçar-lhe a vida ou o retorno à sanidade”. (LIMA, 2007, p. 125)

3. LIMITES AOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Os limites aos direitos humanos e a colisão entre os direitos, tratam-se de duas interfaces da mesma temática, a qual é de fundamental relevância para o estudo das interações não consentidas e seus dilemas, resumidos na restrição da liberdade da pessoa com transtorno mental, na esfera de sua autodeterminação, para fins de tratamento consentido, sem que haja previsão para tanto na CRFB/88, mas tão somente na Lei nº 10.216/01 e no Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Em primeiro lugar, é consenso na doutrina e na jurisprudência, o entendimento de que nenhum direito fundamental é absoluto. O Supremo Tribunal Federal reconheceu que nenhum direito ou garantia pode ser exercido em detrimento da ordem pública ou com desrespeito aos direitos e garantias de terceiros, concluindo que os direitos e garantias individuais não têm caráter absoluto no sistema constitucional brasileiro, em virtude de relevante interesse público/social e exigências de convivência das liberdades, sendo possível, inclusive, a existência de limitações de ordem jurídica. (SILVA, 2016) Em outras palavras, será forçoso a limitação de alguns direitos, quando este ameaçar a coexistência de outros direitos ou valores constitucionalmente protegidos. (MIRANDA, 2018, p. 328)

Assim sendo, diante da impossibilidade da resolução de todos os potenciais conflitos em abstrato, é inevitável a ocorrência de conflitos ou colisões, que deverão ser resolvidos no caso concreto. Diante de uma colisão entre os referidos direitos, tendo como premissa a inexistência de hierarquia entre eles, deve-se aplicar o princípio da concordância prática ou harmonização, ou seja, é preciso buscar uma solução prática entre as normas, com a maior efetividade possível dos direitos, sem que haja o sacrifício total de uma em detrimento da outra.

Não obstante o consenso sobre a possibilidade de limitação dos direitos fundamentais, o debate repousa sobre qual norma possui qualificação para exercício dessa limitação: apenas normas constitucionais ou também por normas infraconstitucionais.

Andrade e Silva representam a parte da doutrina que defende que os direitos fundamentais apenas podem ser limitados, quando expressamente autorizado pela CRFB/88. Enquanto que a outra parte da doutrina, por argumentos diversos (entre si, inclusive), defende a possibilidade de restrição independente de autorização no texto constitucional, principalmente porque é inviável esperar que o constituinte preveja todas situações que podem ocorrer na sociedade. Situações, estas, que almejam a imposição de restrições, como resultado de conflitos com outros direitos e valores constitucionais. (VIEIRA, 2022, p. 141) Barros, por exemplo, posiciona-se no sentido de que o legislador possui competência implícita para regulamentar entre as esferas de direitos que sejam colidentes e, não havendo lei, deve o juiz, dentro do processo em concreto, efetuar a regulamentação. (BARROS, 2003, p. 168)

Marmelstein, por sua vez, leciona sobre dois atributos da lei, quais sejam, ao mesmo tempo que se comporta como um instrumento de limitação da liberdade, é ela, também, instrumento necessário para a promoção dessa mesma liberdade. Reconhecer a importância da limitação, não significa que o próprio poder de limitação é ilimitado. Pelo contrário, esse ato estatal é extremamente vinculado, ou seja, deve ser justificado, com a explicitação do interesse jurídico-constitucional em colisão, com a utilização dos parâmetros do princípio da proporcionalidade, que será desenvolvido adiante. Um exemplo da ocorrência da limitação, de situação que não poderia ser prevista, deu-se na fase mais gravosa da pandemia do coronavírus, em que foi promulgada a Lei nº 13.979/2020 que, para enfrentamento da emergência de saúde pública, foram previstas medidas como a quarenta, isolamento, exames compulsórios, dentre outras, que restringiam direitos fundamentais, como o direito à liberdade de locomoção.

No que concerne às internações não consentidas, não há na CRFB/88 previsão sobre a possibilidade da medida, sendo que o texto constitucional apenas previu a prisão civil por

alimentos, haja vista que a prisão de depositário infiel foi declarada inconstitucional pelo STF, como medida restritiva de direito fundamental em caráter extrapenal.⁴

No julgamento da ADPF 130, o STF reconheceu a possibilidade de ponderação dos direitos em conflitos, com a utilização do parâmetro da proporcionalidade, segundo o qual, para solucionar o conflito de direitos individuais não se deve atribuir primazia absoluta a um ou outro princípio de direito, mas, sim, deve-se esforçar-se o Tribunal para assegurar a aplicação das normas conflitantes, ainda que, no caso concreto, uma delas sofra atenuação. Lewandowski, reforçando o já exposto, esclareceu que o princípio da proporcionalidade somente pode materializar-se em face de um caso concreto. “Quer dizer, não enseja uma disciplina legal apriorística, que leve em conta modelos abstratos de conduta” visto a sociedade constitui uma realidade dinâmica e multifacetada, em constante evolução.⁵

Assim, em casos que a pessoa com transtorno mental encontre-se em estado que a coloque ou coloque outrem em situação de risco, inexistindo vontade consciente e racional a título do consentimento informado, há a possibilidade de restrição de sua liberdade de autonomia e autodeterminação com a finalidade de recuperar a pessoa do estado de crise, obrigação estatal advinda do texto constitucional, nos artigos 6º, 196 e 197, que, dentre outras coisas dispõe ser

Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à **redução do risco de doença e de outros agravos** e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, **proteção e recuperação**. (BRASIL, 1988, *grifos nossos*).

Mesmo porque, a medida limitadora de direitos em questão, deve ser utilizada excepcionalmente, nos termos da Lei n 10.216/01, apenas pelo período necessário a cessação do risco ao sujeito e terceiros, impondo-se observância dos preceitos legais como garantias concedidas aos pacientes com a finalidade de evitar internações indevidas ou por período além do necessário.

⁴ As mudanças ocorreram no julgamento pelo STF dos Recursos Extraordinários nº 34970 e nº 466343 e do Habeas Corpus nº 87585.

⁵ BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 130. ARGTE: Partido Democrático Trabalhista – PDT. ARGDO.: Presidente da República e Congresso Nacional. Relator: Ministro Carlos Britto. P. 86 e p. 101 Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=605411>

Para parte da doutrina, inclusive, o dever estatal de proteção é oriundo do princípio da dignidade humana, que engloba, também, a proteção da pessoa contra si própria, de modo que o Estado, diante da natureza irrenunciável da dignidade humana, possui autorização e, mais do que isso, a obrigação de intervir para impedir atos de pessoas que, ainda que voluntariamente, atentem contra própria dignidade. (VIEIRA, 2022, p. 190)

Verifica-se, ante o exposto, a viabilidade de uma legislação que limite direitos fundamentais ser considerada constitucional, a despeito da ausência de previsão expressa na CRFB/88, em virtude tanto do direito constitucional de colisão entre direitos fundamentais e valores ou bens igualmente constitucionais, mas também da própria dimensão objetiva dos direitos fundamentais, que é resumida no objetivo, no modo de cumprimento e os limites das tarefas do Estado.

4. PROPORCIONALIDADE COMO ÔNUS DA JUSTIFICAÇÃO ESTATAL

Conforme desenvolvido no tópico acima, o critério da proporcionalidade é essencial para o exercício da necessária e legítima limitação de direitos pelo Estado em eventual colisão. Nesse contexto, é dever estatal o ônus argumentativo no procedimento de justificação constitucional, “devendo demonstrar a constitucionalidade de sua intervenção a partir de uma análise dogmática da proporcionalidade” de maneira transparente e racionalmente estruturada. (VIEIRA, 2022, p. 147)

É então, a proporcionalidade, uma técnica competente para controlar as limitações incidentes no conteúdo material dos direitos fundamentais, funcionando, assim, como um meio de contenção de poder, que tem por finalidade a defesa dos direitos fundamentais contra abusos e excessos do poder estatal interventivo, seja ele fruto do Legislativo, Administrativo ou Judiciário, delineando limites para as próprias limitações. Na prática, portanto, a proporcionalidade é a medida para aferição da validade ou não de lei ou ato que limita determinado direito fundamental. (VIEIRA, 2022, p. 149)

Além disso, apesar de não estar previsto expressamente na CRFB/88, trata-se de princípio com status constitucional, pois seu sentido é resultado das normas, valores e princípios

por ela adotados e, segundo o próprio texto constitucional, os direitos e garantias expressos nela não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. (BRASIL, 1988, art. 5, §2º) Assim, haja a vista a pretensão jurídica de liberdade do cidadão em face do Estado, o direito somente poderá ser limitado quando imprescindível para proteção de interesses públicos, ou para harmonização em face de outro direito.

Isto posto, segundo Mendes, para analisar se uma decisão/limitação foi dotada de proporcionalidade, deve-se submetê-la a três testes para verificação da presença de alguns pressupostos: (i) o teste da legitimidade e adequação, em que deve-se verificar se o fim almejado é legítimo, e se o meio é o adequado para o atingimento da finalidade querida; (ii) no teste da necessidade, por seu turno, deve ser avaliado se o meio utilizado é o menos gravoso para atingimento da finalidade; (iii) por último, o teste da proporcionalidade em sentido estrito, etapa em que a inconstitucionalidade pode ser constatada quando do não atendimento de alguns dos itens. (MENDES, 2008, p. 121)

No primeiro teste, quanto à licitude do propósito, deve-se analisar se a limitação do direito fundamental em questão não é vedada por algum dispositivo do ordenamento jurídico. Em relação à licitude do meio utilizado, há a necessidade de atendimento às legitimidades formais. A adequação do meio em relação ao fim almejado, por fim, infere no exame se o meio utilizado na intervenção do direito fundamental é apto ao fomento do propósito almejado. (MARTINS, 2006, p. 41)

No teste de necessidade do meio utilizado, o meio é considerado necessário se, além de adequado, for o único ou o meio menos intrusivo na esfera das liberdades entre os meios disponíveis também adequados. Assim, atendidos os pressupostos dos testes, a intervenção, objeto do exame de proporcionalidade, pode ser considerada constitucional. (VIEIRA, 2022, p. 155)

Dessarte, após desenvolvida a consideração à respeito da proporcionalidade, em razão da referida ausência de previsão expressa na CRFB/88 sobre a possibilidade de limitação da liberdade para fins de tratamento não consentido de pessoas com transtornos mentais, tampouco

autorização para elaboração de lei limitadora, na qual, a Lei 10.216/01 enquadra-se, tem-se que para análise das medidas interventivas previstas nesta Lei, é indispensável a utilização do critério em tese, sobretudo em virtude da colisão entre “o direito fundamental da liberdade na seara da autodeterminação e bem jurídico saúde pública, igualmente previsto na Constituição Federal, cujo dever estatal de proteção ao poder público é imposto, sob pena de responsabilidade por omissão”. (VIEIRA, 2022, p. 157)

Dessa forma, o princípio da proporcionalidade proporcionará o exame da adequação da limitação da liberdade para redução da situação de risco à pessoa com transtornos mentais e, eventualmente, pessoas próximas, e se permitirá o resgate posterior de sua autodeterminação.

CAPÍTULO V – CONSTITUCIONALIDADE DA LEI 10. 216/01 SOB A ÓTICA DO PRINCÍPIO DA PROPORCIONALIDADE

1. DECISÕES JUDICIAIS E INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

1.1 SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Até o presente momento, segundo semestre de 2022, o Supremo Tribunal Federal (STF) não se manifestou à respeito de internação não consentida em esfera não penal.

1.2 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) se manifestou em algumas ocasiões no sentido da possibilidade de internações não consentidas, em caráter excepcional, como último recurso, desde que com objetivo de proteger a saúde do paciente e terceiros e com respaldo em parecer médico e observância à Lei 10.216/01, isto, pois, a internação não objetivaria a privação da liberdade e, sim, o alcance ao direito fundamental à vida e a saúde. Além disso, admitiu a dispensa de prévia aplicação de recursos extra-hospitalares, contanto que fosse demonstrada a insuficiência de tais medidas.⁶

A Terceira Turma da Corte em questão, concedeu *habeas corpus* ao paciente da ação, pois a internação não consentida ocorreu sem respaldo em um diagnóstico fundamentado,

⁶ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. HC 130.155/SP. 3ª Turma. Rel. Ministro Massami Uyeda. DJe 14.05.2010

inexistindo justificativa proporcional e razoável.⁷ A mesma turma, em dezembro de 2021, liberou paciente internado compulsoriamente sem a concordância do psiquiatra. Reforçou que a internação compulsória deve ser evitada sempre que possível, somente sendo admitida como último recurso na defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. No mais, a avaliação da necessidade da medida deve levar em conta elementos concretos e técnicos, especialmente o parecer médico. A ministra relatora do caso, Nancy Andrichi pontuou que a conduta restringir a liberdade antes da avaliação da necessidade dessa restrição não encontra guarida na lei.⁸

Nos autos do Recurso Especial nº 1.704.544⁹, para verificar a regularidade da internação involuntária de uma paciente em virtude de transtorno psiquiátrico, foi determinada a realização de perícia complementar por psiquiatra, em processo no qual havia laudo pericial apenas de médico neurocirurgião, ainda que não haja tal exigência na Lei nº 10.216/01, que apenas impõe que autorização seja dada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localiza o estabelecimento. (BRASIL, 2001, art. 8º)

No entanto, segundo a relatora Ministra Nancy Andrichi, a neurologia – e a neurocirurgia, por sua vez – é ramo da medicina que cuida das doenças que afetam o sistema nervoso; trata do corpo físico, portanto. A psiquiatria, noutro ângulo, é ramo da medicina que cuida das doenças emocionais e comportamentais, que até podem alterar o corpo físico, mas residem em uma dimensão imaterial.¹⁰

A Terceira Turma concluiu que a perícia psiquiátrica complementar possibilitaria aferir, com maior segurança, se a paciente realmente sofria de transtornos psiquiátricos tão graves a ponto de justificar a sua internação. Em ação de compensação de danos morais, a paciente alega que a internação involuntária foi determinada por médico que, a partir de informações prestadas pelo seu marido à época, teria considerado que ela seria incapaz de decidir sobre o ato de internação, indicado por conta do risco de suicídio, agressão e fuga.¹¹

⁷ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. HC 35.301/RJ. 3º Turma. Rel. Ministra Nancy Andrichi. DJe 13.09.2004

⁸ <https://www.stj.jus.br/sites/porta/p/Paginas/Comunicacao/Noticias/13122021-Terceira-Turma-libera-paciente-internado-compulsoriamente-sem-a-concordancia-do-psiquiatra.aspx>

⁹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp. 1.704.544. 3º Turma. Rel. Ministra Nancy Andrichi. DJ 22/05/2018

¹⁰ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp. 1.704.544. 3º Turma. Rel. Ministra Nancy Andrichi. DJ 22/05/2018

¹¹ BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. REsp. 1.704.544. 3º Turma. Rel. Ministra Nancy Andrichi. DJ 22/05/2018

De fato, admitir que a autorização de internação não consentida por razões de transtornos mentais seja emitida por médico não especializado afigura-se perigoso, pois evidente que o ramo responsável pelas enfermidades mentais é a psiquiatria. No entanto, sobre assunto, bem coloca Vieira:

Notadamente, nas cidades interioranas do Brasil, que há dificuldade concernente à presença dos próprios generalistas nos municípios, quanto mais de psiquiatras, o que impõe prudência em eventuais conclusões no respeitante a tese acolhida pelo STJ. Realmente, seria o ideal, mas, na eventualidade de ausência de médico psiquiatra na localidade, o médico generalista possui autorização legal para o mister, o que impõe a sua aceitação, mas observados os requisitos pelo próprio Ministério da Saúde no concernente às informações que devem constar no laudo pericial. (VIEIRA, 2022, p. 160)

Por fim, como último julgado a ser mencionado, nos autos do Agravo em Recurso Especial nº 550.641/PR, a Quarta Turma do STJ manteve acórdão proferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, que condenou uma clínica psiquiátrica por efetuar uma internação indevida, sem observância ao devido processo legal de laudo médico circunstanciado ou comunicação ao Ministério Público, de pessoa que hipoteticamente possuía transtorno bipolar.¹²

1.3 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP) proferiu entendimento em diversos autos no sentido de admitir a internação não consentida como medida excepcional, com fins de proteção do paciente e das pessoas do seu convívio e de promoção do efetivo direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana, desde que embasada em laudo médico psiquiátrico circunstanciado.

Nos autos da Apelação Civil nº 1002346-78.2018.8.26.0032, processo concernente à uma pessoa com esquizofrenia, que apresentava surtos psicóticos, agitação e agressividade, a 13ª Câmara de Direito Público do TJ/SP ao justificar sua decisão, dispôs que de acordo com o artigo 196 da CRFB/88, é dever do Estado a promoção do direito à saúde e, sua materialização é condição para o alcance do atendimento aos direitos à vida e à dignidade da pessoa humana.

¹² BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. AREsp. 550641/PR. 4ª Turma. Rel. Ministro Lázaro Guimarães. J. em 06.02.2018. DJe 14.02.2018

Nesse contexto, reforçou a necessidade de que cada pessoa tenha seu quadro de saúde analisado individualmente, para que possibilitar o atendimento às respectivas necessidades. Dessa maneira, a internação exerceria a função de medida protetiva, cuja função se resumiria no reestabelecimento da integridade do sujeito e pessoas próximas, e sua autorização seria condicionada à laudos médicos e periciais.¹³

Por fim, o TJ/SP reafirmou o entendimento sobre o redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental assentado na Lei nº 10.2016/01, segundo o qual a internação seria uma opção apenas esgotadas as alternativas extra-hospitalares e respaldada em laudo médico circunstanciado.¹⁴

Em nenhuma das decisões analisadas operaram-se insurgências em relação à constitucionalidade das internações psiquiátricas não consentidas, sob a condição de existência de laudo médico circunstanciado prévio, que ateste, dentre outras coisas, a insuficiência dos recursos extra-hospitalares ou sua inviabilidade, a depender da urgência no caso concreto, assim como a notificação do Ministério Público nos casos de internação involuntárias.

Além disso, atestou-se o entendimento de que, apesar de inexistir exigência em lei do laudo psiquiátrico, várias decisões, à semilidade do entendimento do STJ, o suscita.

Por último, em nenhum dos casos constatou-se uma análise detalhada dos pressupostos relativos ao princípio da proporcionalidade.

1.4 COMARCA DE MOSSORÓ

As últimas decisões a seres analisadas provém da Comarca de Mossoró, localizada no Rio Grande do Norte, pois um juiz desta comarca, em cujo rol de suas competências abrange temáticas relacionadas a internação não consentida, compartilhou alguns casos, com preservação do segredo de justiça, na obra *Internação Psiquiátrica – Consituição, Direito e Medicina – Teoria e Prática*. (VIEIRA, 2022, p. 166)

¹³ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Processo nº 1002346-78.2018.8.26.0032. 13ª Câmara de Direito Público. Rel. Flora Maria Nesi Tossi Silva. J. em: 20.03.2020

¹⁴ SÃO PAULO. Tribunal de Justiça de São Paulo. Processo nº 2288270-21.2019.8.26.0000. 5ª Câmara de Direito Público. Rel. Nogueira Diedenthaler. J. em 13.03.2020

O primeiro processo (Processo nº 0819587-87.2019.8.20.5106, 1ª Vara da Família da Comarca de Mossoró/RN) trata-se de um caso em que foi requerido pelo Ministério Público a realização de exame compulsório médico seguida de internação automática de um morador de rua com indícios de transtorno mental grave, presença surtos, e em situação de extrema vulnerabilidade, sem família e com total recusa de relações interpessoais ou tratamentos. O juízo deferiu em parte, determinando que o fosse realizado o exame, mas que a parte fosse liberada em seguida. Após a emissão e análise do laudo, deliberou-se pela internação compulsória em caso típico extrapenal. (VIEIRA, 2022, p. 166)

No segundo caso (Processo nº 0822387-88.2019.8.20.5106, Vara da Infância e Juventude da Comarca de Mossoró/RN) a Promotoria de Justiça ajuizou ação cautelar pugnando pelo acolhimento institucional de uma adolescente, que possuía esquizofrenia, associada com outros transtornos, com registro de diversas entradas na Unidade de Pronto Atendimento do bairro Santo Antônio, Mossoró/RN, estando muito agressiva, tendo ameaçado matar o próprio pai e se matar. Os genitores, ao contatarem o Hospital São Camilo foram informados que por tratar-se de adolescente, a internação apenas poderia ser feita mediante autorização judicial.

Após o pedido de internação compulsória efetuado pelo Ministério Público, o juízo reconheceu que se tratava de medida de proteção restritiva de liberdade de caráter extrapenal, motivo pelo qual fazia-se necessário que o Estado cumprisse o ônus da argumentação no sentido de verificar a proporcionalidade da medida para fins de aferição da constitucionalidade material.

Resumidamente, foram abordados na justificativa constitucional os seguintes tópicos: (i) a não existência de direitos absolutos, admitindo-se a restrição de direitos; (ii) segundo a documentação médica, constatou-se a adequação da medida e a idoneidade do meio interventivo da liberdade para o tratamento e melhoria do estado de saúde mental da adolescente; (iii) com relação à necessidade, não existia medida menos gravosa para se atingir a mesma finalidade, inclusive, os genitores já tentaram diversas terapias alternativas, sem êxito; iv) admissibilidade da internação pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Por fim, a decisão concluiu pelo suporte constitucional e legal, considerados o direito fundamento à saúde, o dever

estatal de proteção eficiente e dignidade previstos na CRFB/88 nos arts. 5º e 196, bem como as Leis nº 8.069/1990 e 10.216/2001.

2. PRESUNÇÃO DE CONSTITUCIONALIDADE DAS LEIS

Segundo o Princípio da Presunção da Constitucionalidade das leis, o qual deriva do Princípio da Separação dos Poderes, se presume constitucional todo ato normativo e atos do Poder Público até que se prove o contrário. Assim, uma vez promulgada e sancionada uma lei, passa ela a desfrutar de uma presunção relativa (ou *iuris tantum*) de constitucionalidade. (DAVID, 2011, p. 191)

Desta forma, a declaração de inconstitucionalidade de leis e atos normativos deve ser excepcional, pois representa a restrição do exercício de outro Poder da República. Significa dizer, que se deve buscar, dentre todas as interpretações legislativas possíveis, aquela que for harmônica em relação aos preceitos constitucionais, de modo que a interpretação em desacordo com a CRFB/88 deve ser rejeitada. Sobre o assunto, ensina Barroso:

a) não sendo evidente a inconstitucionalidade, havendo dúvida ou a possibilidade razoavelmente se considerar a norma como válida, deve o órgão competente abster-se da declaração de inconstitucionalidade; b) havendo alguma interpretação possível que permita afirmar-se a compatibilidade da norma com a Constituição, em meio a outras que carregavam para ela um juízo de invalidade, deve o intérprete optar pela interpretação legitimadora, mantendo o preceito em vigor. (BARROSO, 1998, p. 164-165)

Isto posto, parte-se para análise da constitucionalidade, formal e material, da Lei nº 10.216/01.

2.1 CONSTITUCIONALIDADE FORMAL

A produção da lei exige a observância de pressupostos e requisitos procedimentais para que seja considerada constitucional. A Constituição regula o modo como a lei e outros atos normativos primários devem ser criados, estabelecendo quem tem competência para produzi-los e os requisitos procedimentais que devem ser observados para a sua produção. Faltas quanto à competência ou quanto ao cumprimento das formalidades procedimentais viciam o processo de formação da lei, tornando-a formalmente inconstitucional. (SARLET, MARINONI, MITIDIREIRO, 2021, p. 455)

A inconstitucionalidade formal deriva de defeito na formação do ato normativo, o qual pode estar na violação de regra de competência ou na desconsideração de requisito procedimental. O procedimento para a produção de lei ordinária e de lei complementar compreende iniciativa, deliberação, votação, sanção ou veto, promulgação e publicação. (SARLET, MARINONI, MITIDIREIRO, 2021, p. 455)

A CRFB/88 dispõe que compete privativamente à União legislar sobre Direito Civil, seguridade social e compete concorrentemente à União, Estados ao Distrito Federal legislar sobre proteção e defesa da saúde. (BRASIL, art. 22, incisos I e XXII, art. 24, inciso XII). Dito isso, verifica-se que não existiu vício de competência e iniciativa.

No mais, as fases procedimentais foram observadas, no período de doze anos, sendo iniciada na Câmara dos Deputados e finalizado no Senado. Após a propositura da legislação pelo parlamento, seguiu-se para as comissões legislativas, com manifestação pela constitucionalidade e, após discussão e votação, e substitutivo no Senado, finalizou-se com a sanção do projeto de lei e sua publicação. (VIEIRA, 2022, p. 178)

Depreende-se, a princípio, que a Lei nº 10.216/01 é formalmente constitucional uma vez que é fruto de iniciativa do Parlamento, e observou o devido processo legislativo-constitucional, tratando-se, assim, de política pública definida pelo Legislativo e Executivo.

2.2 CONSTITUCIONALIDADE MATERIAL À LUZ DA PROPORCIONALIDADE

Tendo como premissa que compete ao Estado a justificação das intervenções nos direitos fundamentais, e não ao titular do direito a justificativa para seu exercício (MARTINS, 2012, p.30-33), partiremos à análise da justificativa da intervenção da Lei nº 10.216/01 na esfera direitos fundamentais, sob a ótica dos pressupostos da proporcionalidade, quais sejam, meio e finalidade lícitos, adequados e necessários.

O enfoque, dito isso, dar-se-á na verificação da existência de intervenção de direitos fundamentais do sujeito submetido a internação não consentida e, em caso positivo, se o Estado cumpriu o ônus da justificação constitucional para ingerência em questão.

2.2.1 PARÂMETRO DE CONSTITUCIONALIDADE

No que tange à internação não consentida de pessoas com transtorno mental, o parâmetro constitucional será o direito da pessoa que sofreu limitação em consequência to tratamento imposto contra sua vontade. (SILVA, 2016, p. 57)

A princípio, poder-se-ia cogitar que o parâmetro de constitucionalidade seria o direito à dignidade humana. No entanto, referido valor é absoluto, não comportando flexibilizações ou restrições, de modo que, qualquer medida em sua área de proteção seria considerada inconstitucional. Até porque, trata-se do núcleo da essência do ser humano, do qual incorrem os demais direitos fundamentais, estes sim, passíveis de limitação “mediante o complexo sistema de limitações, desde que, necessariamente, observado o ônus estatal atinente à justificativa para as referidas intervenções”. (VIEIRA, p. 182)

Somado à isso, não faria sentido a utilização da dignidade humana como parâmetro de constitucionalidade, pois a finalidade do tratamento não consentido é a possibilidade de cura ou ao menos a melhoria de situações de crise que colocam o paciente e as pessoas próximas em risco, de modo a possibilitar que sujeito usufrua concretamente de sua dignidade, ao ter sua saúde restituída. Não ocorrendo, portanto, ofensa à dignidade humana ou, ainda, redução do sujeito a mero objeto.

Mais coerente seria a definição do parâmetro do controle de constitucionalidade a partir do conteúdo do direito constitucional à liberdade (BRASIL, 1988, art. 5º, *caput*), restando necessária a especificação sobre qual das duas eferas de sentido do direito à liberdade a limitação decorrente da internação forçada incidiria: (i) liberdade como direito de ir e vir; (ii) autonomia.

Sendo a liberdade de ir e vir autoexplicativa, a autonomia, por seu turno, é o cerne do desenvolvimento da personalidade que, segundo Silva, divide-se em três núcleos: (i) a autodeterminação, que se resume no direito do titular de livremente construir sua identidade; (ii) a autoconservação, que se trata da possibilidade de escolha individual quanto às informações

pessoais que se pretender ofertar a terceiros; e, por fim, a autoexposição, da qual decorre o direito de decidir o modus de exposição pública. (SILVA, 2016, p. 64)

Dessa forma, como desenvolvido no Capítulo IV, item 2, a internação não consentida incide diretamente na autonomia do indivíduo, mais especificamente, no núcleo da autodeterminação, pois é nele que está inserido o livre desenvolvimento da personalidade, que abrange o direito de fazer ou deixar de fazer o que quiser, garantindo ao indivíduo o controle e o domínio de si próprio e outorgando-lhe, nesse contexto, a possibilidade de autodeterminação. Há, ainda, uma perspectiva negativa de impedir que o Estado intervenha na liberdade, atribuindo ao sujeito uma posição jurídico-subjetiva de garantir a não ingerência em uma esfera mínima na qual se pode agir sem interferências de outros. (SILVA, 2016, p. 63) O direito à autodeterminação, além de consagrado na CRFB/88 como um dos sentidos do direito à liberdade, também foi reforçado em importantes legislações, como a própria Lei nº 10.216/01, o Código Civil e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, no sentido da necessidade de respeito à autodeterminação da pessoa com transtorno mental, trazendo os tratamentos sem consentimento em situações excepcionais.

O Estado, portanto, ao coagir o titular do direito fundamental à liberdade de autodeterminação ao tratamento não consentido, que, em tese, exigiria consentimento informado, limita-o com propósitos e fins que, eventualmente, podem ser considerados lícitos, adequados e necessários, mas é inegável que, de qualquer modo, promove-lhe uma restrição. (SILVA, 2016, p. 64)

Ante o exposto, é o direito de autodeterminação do indivíduo que é limitado pela internação não consentida, razão pela qual é inadequado pretender a liberdade de ir e vir ou a integridade físico-psíquica como parâmetro de constitucionalidade.

2.2.2 ANÁLISE DA JUSTIFICAÇÃO CONSTITUCIONAL PELO ESTADO

Como já exposto, a internação obrigatória prevista na Lei nº 10.216/01 representa limitação ao direito de autodeterminação do indivíduo, razão pela qual o Estado possui o ônus de justificar constitucionalmente a intervenção à luz da proporcionalidade, que possui como

pressupostos a realização de propósitos e meios lícitos, e que as limitações sejam adequadas e necessárias.

2.2.2.1 LICITUDE DO PROPÓSITO

O propósito da Lei nº 10.216 é o de proteção e reconhecimento dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, assim como o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, com a primazia de serviços comunitários e com sólida humanização, de maneira que as internações, de qualquer que seja a modalidade, apenas serão medidas adequadas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. (BRASIL, 2001, art. 4º)

Evidentemente trata-se de um propósito constitucionalmente lícito, que representa o atendimento do Estado ao dever de prestação de ações e serviço de saúde, com regulamentação, fiscalização e controle expressos mediante lei (BRASIL, 1988, art. 196 e 197) e, como consequência do resgate da autodeterminação, propicia-se uma vida humana com efetiva dignidade.

Além disso, reforça-se, a Lei traz as internações, em especial as não consentidas, como medida excepcional, inclusiva, que deve ocorrer com observância aos direitos humanos e fundamentais, respeito à dignidade e igualdade e deve ter por finalidade a reinserção social do paciente.

2.2.2.2 LICITUDE DO MEIO DE INTERVENÇÃO

A internação não consentida trata-se de meio utilizado pelo Estado para privação de liberdade extrapenal aos indivíduos submetidos a esta medida. Isto posto, parte-se para análise da licitude do tratamento não consentido como meio de intervenção no direito fundamental da pessoa com transtorno mental. (VIEIRA, 2022, p. 195)

Como já dito, as restrições ao direito fundamental em tese apenas são impostas quando esgotados os recursos extra-hospitalares ou quando o sujeito estiver em crise que gere perigo à sua vida ou de terceiros e elas visam exercer um papel de instrumento de proteção das pessoas

em situação de vulnerabilidade com o intuito de resgatar a autodeterminação da pessoa, para que, assim, possa proceder ao pertinente consentimento informado.

No mais, exige-se ajuizamento prévio de ação de curatela para análise da capacidade civil da pessoa com transtorno mental, quando não se tratar de situação de urgência em que a demora poderá gerar dano irreversível ao sujeito e terceiros.

Importante mencionar nessa seara que, as admissões e as altas médicas deverão ser objeto de reporte à Promotoria competente que procederá com a análise das medidas e, caso constatada alguma ilicitude, agirá diretamente ou mediante provocação do Judiciário, sem prejuízo que qualquer familiar ou profissional comunique a Defensoria Pública, Ministério Público ou autoridade policial para que sejam tomadas medidas legais em relação a eventuais arbitrariedades ocorridas.

A partir de todo conteúdo desenvolvido, constata-se que o propósito e o meio podem ser considerados lícitos, exercendo função de instrumento de proteção das liberdades individuais por meio, inclusive, de sua restrição, quando cruciais para proteção do próprio indivíduo e para regulação em face de imperativos de saúde pública e mental da pessoa que se encontra em situação de vulnerabilidade. (VIEIRA, 2022, p. 198)

Inclusive, caso assim não seja, o Poder Público poderá ser responsabilizado civil, penal e administrativamente por omissão.

Após verificada a licitude do meio e do propósito pretendidos pela Lei 10.216/01, resta iniciar a análise quanto à adequação e necessidade da internação não consentida como medida de tratamento às pessoas com transtorno mental.

2.2.2.3 ADEQUAÇÃO DOS MEIOS EM RELAÇÃO AOS PROPÓSITOS OBJETIVADOS PELA LEI 10.216/01

A adequação como elemento da proporcionalidade diz respeito à averiguação se os meios propostos são adequados, isto é, são efetivamente capazes de alcançar os objetivos pretendidos. Em outros termos, pela adequação, o Estado deve eleger uma medida restritiva de

direitos fundamentais que se mostre apta e idônea para atingir o fim pretendido. (BOÂS, WERKEMA, 2018, p. 23-40)

No entanto, é imperioso esclarecer que basta para atendimento ao subprincípio da adequação a presença de indícios que demonstrem a viabilidade acerca do resultado da intervenção, ainda que não se possa garantir o resultado, de forma que devem ser descartados aqueles meios que se revelarem completamente insuficientes ao fim pretendido. (VIEIRA, 2022, p. 200) Nesse sentido, o prognóstico deve ser elaborado com auxílio de peritos, estudos técnicos especializados e, principalmente, no que tange à internação, experiências espíricas ocorridas com pacientes que foram submetidos a essa medida.

No caso em questão, portanto, faz-se necessária a análise de informações científicas para verificação quanto a possibilidade de a internação não consertada ser instrumento eficaz no combate a situação de crise, de modo a auxiliar no resgate da autonomia e, conseqüente, autodeterminação, e impedindo a concretização dos riscos decorrentes da auto e da heteroagressão.

Segundo dados coletados por Barros e Serafim, os transtornos que mais frequentemente justificam as internações psiquiátricas são transtornos psicóticos; mania; depressão grave; anorexia; demência; dependência química e síndrome de abstinência, sendo que as condições que costumam decorrer desses transtornos são a agressividade; risco suicida; recusa alimentar e não adesão ao tratamento. (BARROS, SERAFIM, 2009, p. 176) Sendo essencial, em todos os casos, a realização de um diagnóstico detalhado antes do início do tratamento, para verificar se a recusa do tratamento deu-se por decisão efetivamente autônoma da pessoa com transtorno mental ou, de outra forma, se foi resultado de sintomas psicóticos ou falta de crítica sobre a gravidade da doença apresentada. (ELKIS, RIBEIRO, CORDEIRO, 2015, p. 284)

Não tendo por objetivo exaurir todos os transtornos em que, em quadro de gravidade, a internação apresenta-se como melhor medida interventiva, serão expostos alguns deles à título exemplificativo.

No que tange ao risco de suicídio, este está altamente ligado a transtornos psiquiátricos, sendo que aproximadamente 70% dos casos de suicídio estão relacionados à depressão, transtorno responsável por aumentar em vinte vezes o risco de suicídio. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 138) Trata-se de um problema mundial de saúde pública, visto que segundo dados emitidos pela OMS, uma pessoa morre por suicídio a cada 40 (quarenta) segundos, o que soma aproximadamente um milhão de mortes por ano. (OMS, 2019)

Nesse contexto, nos casos mais graves, quando for iminente o risco de suicídio, é recomendável que se opte pela internação, a fim de diminuir o risco de suicídio e iniciar o quanto antes o tratamento. Alguns elementos clínicos podem ser úteis para decisão quanto à internação:

Por exemplo: se o paciente usou método violento; tomou precaução para não ser descoberto ou não receber ajuda; se manifesta arrependimento por ter sobrevivido; se, na entrevista, for observado que o paciente está psicótico; se ainda mantém ideação suicida, principalmente acompanhada de planejamento com alta letalidade; se tiver comportamento impulsivo, agitação psicomotora; e se recusa a receber ajuda. Outro aspecto fundamental para decidir ou não pela internação é o suporte social e familiar do paciente. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 138)

Em quais quer dos casos, é recomendável que o médico descreva e esclareça detalhadamente ao paciente os motivos da internação na tentativa de obtenção do seu consentimento, de modo que, caso não concorde e haja risco iminente de suicídio, a internação deve ser realizada obrigatoriamente, uma vez que tais pacientes, em decorrência da gravidade psicopatológica, apresentam redução importante do campo vivencial e prejuízo na capacidade de compreender e entender a desadaptação decorrente de seu estado psíquico. (VIEIRA, 2022, p. 205)

A esquizofrenia, por seu turno, trata-se de um transtorno mental caracterizado pela presença de psicose (perda do contato com a realidade), alucinações (percepções falsas), delírios (crenças falsas), discurso e comportamento desorganizados, embotamento afetivo (variação emocional restrita), deficits cognitivos (comprometimento do raciocínio e da solução de problemas) e disfunção ocupacional e social. (TAMMINGA, 2022) Esta doença é responsável pelo aumento de oito a quatorze vezes do risco de suicídio, além de que, não raro, as pessoas em crise possuem condutas violentas, que se tratam de respostas à delírios relacionados à perseguição e alucinações auditivas, de vozes de comando. Segundo Hirata e colaboradores, os sintomas psicóticos são os que mais prejudicam a tomada de decisão pelas

pessoas, pois deles decorrem, a depender da gravidade do quadro, ausência de crítica e risco iminente de lesão a si ou a outros, razão pela qual a esquizofrenia é, entre os transtornos psicóticos, a que mais está relacionada à internação involuntária. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 137)

No caso dos transtornos bipolares, de outra forma, os riscos de violência encontram-se durante a fase maníaca e risco de suicídio na fase depressiva. Os mesmos autores entendem a necessidade de internação psiquiátrica em virtude da exaltação de humor, sintomas psicóticos, com chances de danos físicos ou patrimoniais a si ou a terceiros, além do alto risco de suicídio. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 137)

As demências e delírios são um dos principais motivos de internação involuntária, pois os transtornos mentais em questão comprometem a cognição da pessoa, gerando prejuízo dos valores ético-morais, desinibição, impulsividade, sintomas depressivos, agitação e agressividade e, conseqüentemente, a crítica sobre a doença, que se torna inexistente, bem como a consequência na tomada de decisões. Em razão da alta morbidade e mortalidade principalmente em quadros de crise, as internações podem ser necessárias e geralmente realizadas sem o consentimento do paciente. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 138)

Como último exemplo de transtornos que podem justificar a internação não consentida, tem-se os transtornos alimentares. Segundo os autores, os transtornos alimentares não possuem boa resposta ao tratamento ambulatorial, com perda grave e rápida de peso; risco de suicídio; e alterações clínicas graves. A recusa aos tratamentos, em geral, é comum e a competência de decisão do paciente apresenta certas peculiaridades, pois, os portadores de transtornos alimentares, tipicamente, possuem consciência e são capazes de realizar atividades e tomar decisões sem qualquer dificuldade específica. Todavia, a distorção da imagem corporal e a falta de crítica sobre seu estado são aspectos centrais do diagnóstico. “Assim, estes indivíduos, geralmente, são competentes para tomar decisões sobre todos os aspectos de suas vidas, exceto em relação ao peso corporal” (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 138-139), o que comporta relação indissociável com a saúde do sujeito. Nesse contexto, convém relembrar, como bem pontua Vieira:

A capacidade é critério previsto na legislação civil que indica ser o sujeito capaz de tomar decisão autônoma e válida, ao passo que, a competência refere-se ao conceito clínico de possui habilidades para tomada de decisões válidas em relação ao tratamento. (VIEIRA, 2022, p. 207)

Posto isto, uma pesquisa relativa às internações involuntárias relatou que 72% dos pacientes acreditaram que a internação foi necessária, pois foi durante a medida tiveram o maior insight quanto à doença. Na mesma pesquisa, 77,8% dos entrevistados relataram que o tratamento recebido resultou em consequências benéficas. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 136)

No mesmo artigo, foi apresentada outra pesquisa em que de 33% a 66% dos pacientes afirmaram que a internação foi correta e necessária, 47% a 66% dos entrevistados relataram na alta que foi certo terem sido internados e, ainda, 46% a 73% dos pacientes informaram estarem satisfeitos com o tratamento recebido. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 136)

Posto isso, conclui-se que as internações não consentidas possuem, na maioria das vezes, o condão de auxiliar no resgate da capacidade de autodeterminação. Desde que nos conformes legais, como ser pautada em recomendação médica, a internação não consentida pode representar benefícios à saúde, vida e dignidade da pessoa humana do paciente e das pessoas de seu convívio.

2.2.2.3 NECESSIDADE DOS MEIOS EM RELAÇÃO AOS PROPÓSITOS OBJETIVADOS PELA LEI 10.216/01

O subprincípio da necessidade estipula que o Poder Público deve optar, dentre os meios adequados e com a mesma eficiência para obtenção de determinado fim, por aquele que restrinja em menor intensidade o direito fundamental utilizado como parâmetro. (RABELO, 2011) Assim, para o exame da internação não consentida como meio necessário em relação à finalidade desejada, deve-se verificar quais meios existentes que possibilitam o atingimento do mesmo propósito, e se é a internação não consentida a menos incisiva com relação ao direito fundamental em atingido.

Em primeiro lugar, é mister lembrar que a Lei 10.216/01 determinou a internação não consentida como medida excepcional, de modo que apenas deverá ser recomendada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes para as necessidades do enfermo e, ainda sim, na hipótese de ser a medida indicada, pressupõe e existência de laudo médico circunstanciado emitido por médico registrando no Conselho Regional de Medicina e que a instituição não possua características asilares e nem seja desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. (BRASIL, 2011, art. 4º, *caput*, §2º e §3º)

Dito isso, o Ministério da Saúde, visando estabelecer meios menos invasivos ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, estabeleceu a Portaria nº 3.088/2011, responsável pela instituição 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), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde. Esta rede é constituída pelos seguintes componentes: (i) atenção básica em saúde, formada pela Unidade Básica de Saúde e, com relação a atenção básica para populações específicas, Equipe de Consultório na Rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; e Centros de Convivência; (ii) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; (iii) atenção de urgência e emergência, formada pelo SAMU 192; Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros; (iv) atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; (v) atenção hospitalar, composta de enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (vi) Serviços Residenciais Terapêuticos; e (vii) reabilitação psicossocial. (MS, 2011, art. 1º e art. 5º)

A Portaria estabelece como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que é composto por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar no atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. As atividades

no Centro de Atenção Psicossocial são realizadas prioritariamente em espaços coletivos, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes em conjunto com um Projeto Terapêutico Individual, desenvolvido em conjunto da equipe, do paciente e da família. (MS, 2011, art.7º, §1º, §2º e §3º)

No entanto, em que pese a primorosa previsão à respeito dos recursos ambulatoriais, a realidade não corresponde ao que é delineado pela legislação. Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, foi constatado (i) que no caso de pessoas com dificuldade de reinserção na vida social as enfermarias não contavam com o apoio ou ciência dos serviços residenciais terapêuticos; (ii) problema de integração entre as equipes das enfermarias de hospitais gerais e do CAPS. (ECHEBARRENA, 2020, p. 82) Além disso, segundo Monteiro, o modelo centralizado no CAPS apresenta-se insuficiente de acordo com a complexidade do transtorno mental, também em virtude do baixo investimento na seara da saúde mental. (MONTEIRO, 2016, p. 196)

Ainda, segundo Gentil, no que tange à saúde mental, faltam hospitais, ambulatórios, e consequentemente, na ausência de atendimentos ambulatoriais efetivos, aumentam-se as emergências e muitos recorrem a prontos-socorros que, por sua vez, raramente possuem equipes especializadas, de modo que, na ausência de um especialista, as funções são delegadas à médicos generalistas, que na maioria das vezes não possuem capacitação, haja vista os baixos índices de aproveitamento dos programas de treinamentos oferecidos. (GENTIL, TABORDA, ABDALLA-FILHO, 2016, p. 664) Além disso, não há coerência em tratar um paciente de urgência psiquiátria, com os mesmos protocolos em relação aos demais pacientes de uma UPA, inclusive, deixá-los em uma mesma ala pode representar risco aos pacientes. Para Ciro Gemandezin Costa, vice-presidente da Associação de Amigos, Familiares e Doentes Mentais do Brasil (AFDM):

Não tem cabimento você pegar um paciente em urgência psiquiátrica e colocar em uma ala junto com pacientes com outros tipos de doença ou na espera de uma UPA. Esse paciente vai ficar inquieto, pode ter uma atitude violenta com as pessoas que já estão pedindo socorro ou com o médico. (LOBO, 2020)

Além disso, ainda que existam os mencionados recursos extra-hospitalares, os quais possuem extrema importância na evolução dos tratamentos para pessoas com transtornos mentais e que incentivam o convívio social e familiar, não se pode deixar de considerar que a

possibilidade do tratamento ambulatorial depende da condição clínica do paciente, e da disponibilidade de suporte estrutural, familiar e social. (HIRATA, FERREIRA, OLIVEIRA, 2015, p. 130-131) Significa dizer que a diminuição de leitos e o direcionamento dos pacientes aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como o CAPS, não é suficiente para tratar todos os diferentes níveis de complexidade relacionados aos transtornos mentais de mais gravidade. (MONTEIRO, 2016, p. 197)

De fato, dependendo do nível de gravidade do transtorno mental, a internação não consentida pode ser a única medida apta ao impedimento de o sujeito ser agressivo consigo e com outros, como também de tirá-lo da situação de crise.

A internação como forma de tratamento poderá ser o único meio viável de proteção à própria vida da pessoa, sobretudo porque há perda de controle dos impulsos e da capacidade de julgamento apropriado da realidade, que podem, inclusive, após a sua recuperação, deixar-lhe marcas duradouras, como o estigma de uma pessoa doente, de sorte que uma das finalidades da internação forçada é a de afastar, momentaneamente, uma pessoa que está padecendo de sofrimento psíquico do meio em que vive, para seja preservada sua integridade como sujeito de uma sociedade que lhe atribui determinado valor. (VIEIRA, 2022, p. 217)

Assim, postos os dados empíricos e casos concretos que confirmam a essencialidade da internação como tratamento indispensável em situações de crise e a inviabilidade de meios alternativos, somados aos pressupostos para internação não consentida trazidos pela Lei 10.216/01, os quais servem de limitadores para esse tipo de tratamento, em observância ao movimento psiquiátrico relatado no Capítulo I, item 2. Diante disso, verifica-se fundamentada a necessidade da internação não consentida para o atingimento dos propósitos queridos.

Por fim, não será realizado exame de proporcionalidade em sentido estrito, por tratar-se de critério não racionalizável juridicamente.

2.3 CONCLUSÃO PELA CONSTITUCIONALIDADE

Assim, haja vista que a Lei 10.216/01 foi regularmente aprovada, em observância ao devido processo legislativo e sancionada pelo Poder Executivo, tem-se sua constitucionalidade formal.

Ademais, constata-se que a intervenção estatal ao direito fundamenta à liberdade, no núcleo da autodeterminação, restringe-se às condições de crise grave e concreta que causam risco ao próprio paciente, que em casos extremos pode configurar-se risco de suicídio; risco a terceiros e ou incapacidade grave de autocuidados. Todavia, superada a circunstância determinante, com resgate da competência crítica para consentir, cessa a necessidade de internação, podendo o tratamento prosseguir de maneiras menos interventivas, representadas pelos tratamentos extra-hospitalares acima mencionados.

No que se refere ao teste de proporcionalidade, conclui-se pela licitude do propósito e do meio, assim como a adequação e necessidade do tratamento diante do propósito da norma, reconhecendo-se o atendimento pelo Estado do ônus da justificação constitucional na intervenção do direito fundamental.

O reconhecimento da constitucionalidade da norma implica a legitimidade da internação não consentida, que representa uma intervenção do Estado no direito fundamental à liberdade, desde que pautada em laudo médico circunstanciado e em caráter excepcional e breve, com a finalidade de evitar-se situações de autoagressão e heteroagressão. Para situações de menor gravidade, a própria norma prevê serviços substitutos para o tratamento e acompanhamento.

Bem coloca Vieira:

Pode-se concluir que o tratamento de forma não consentida para situações de crise não sujeita a pessoa à servidão ou escravidão, nem a tortura ou meio cruel, tampouco utiliza a pessoa como mero objeto, coisificando-a. Ao contrário, reduz estigmas e auxilia no combate a discriminação em relação a uma pessoa invisível para a sociedade e para o poder público, sem rosto e sem voz, posto que, ao se buscar resgatar a autodeterminação do ser humano, está-se garantido a sua (re)inclusão na família e na sociedade e, assim, fomentando-se o exercício da sua própria dignidade como sujeito de direitos e detentor de autonomia, com possibilidade manifestação consciente e crítica. (VIEIRA, 2022, p. 230)

Além disso, para eventuais excessos ocorridos em âmbito da internação não consentida, deverá ser apurada a responsabilidade dos envolvidos, os quais poderão responder penal, civil e administrativamente.

REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias, CHALUB, Miguel, TELLES, Lisieux E. B. **Psiquiatria forense de Taborda**. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ALMEIDA, V. **Caso Damião: 1ª condenação do Brasil na OEA completa 10 anos**. G1, Fortaleza, 30 de agosto de 2016. Disponível em <https://g1.globo.com/ceara/noticia/2016/08/caso-damiao-1-condenacao-do-brasil-na-oea-completa-10-anos.html>. Acesso em: 29 de agosto de 2022.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes, DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico**. Ciênc. saúde coletiva, fevereiro, 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/KtNyxpK5fpNhG3K5mXHy89f/?lang=pt>. Acesso em: 21 de outubro de 2022,

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BALDISSERA, O. **Os principais problemas de saúde mental em 2022**. Saúde Mental e Neurociência – Pós PUCPRDIGITAL, 9 de abril de 2021. Disponível em: <https://posdigital.pucpr.br/blog/principais-problemas-de-saude-mental>. Acesso em: 21 de outubro de 2022.

BARROS, Daniel Martins de, SERAFIM, Antônio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil revista de psiquiatria clínica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/MP39F3zDM6M7Hc8jXzmwpmJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2022.

BARROS, S. D. **O princípio da proporcionalidade e o controle de constitucionalidade das leis restritivas de direitos fundamentais**. 3º ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2003.

BARROSO, L. R. **Interpretação de aplicação da Constituição**. São Paulo: Saraiva, 1998.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial.** Belo Horizonte: Fórum, 2016.

BOAS, Regina Vera Villa, WERKEMA, Maurício Sirihal. A Relevância Do Princípio Da Proporcionalidade À Efetivação Do Direito Ao Meio Ambiente Ecologicamente Equilibrado. **Revista Jurídica Direito & Paz**, 2018. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo1767305-a-relev%C3%A2ncia-do-princ%C3%ADpio-da-proporcionalidade-%C3%A0-efetiva%C3%A7%C3%A3o-do-direito-ao-meio-ambiente-ecologicamente-equilibrado. Acessado em: 31 de outubro de 2022.

BONADIMAN, Cecília Silva Costa. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, maio de 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SJbmVzZy3tD7dk3NDmYZmDq/?lang=pt>. Acesso em: 26 de outubro de 2022.

BRASIL. **Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 02 de Setembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

BRASIL. **Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015.** Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 31 outubro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: Acesso em 05 de setembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012.** Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112594.htm. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080/1990, de 19 de setembro 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 02 de Setembro de 2022.

BRASIL. **Resolução nº 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. Disponível em http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2019/12/10/10_34_03_323_Resolu%C3%A7%C3%A3o_N%C2%BA_8_de_14_de_Agosto_de_2019.pdf. Acesso em: 26 de Outubro de 2022.

BRITO, Emanuele Seicenti de, VENTURA, Carla Aparecida Arena. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, 28 de outubro de 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228/59440>. Acesso em: 01 de setembro de 2022.

CARNEIRO, Greca de Oliveira, ROCHA, Luciana de Carvalho. O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba. **Psicologia: ciência e profissão**, 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300009. Acesso em: 29 de Agosto de 2022.

CHANG, Tais Michele Minatogawa. et al. **Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil**. Cad. Saúde Pública, 29 de Novembro de 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YfLWwhRvK3XyQzqD8byHSgq/?lang=en>. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

COHEN, C. **Bioética e Psiquiatria: considerações sobre autonomia, beneficência, não maleficência e equidade**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.057/2013 Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2057>. Acesso em: 02 de Setembro de 2022.

CORDEIRO, Quirino. et al. Parecer do CREMESP Sobre Internações Psiquiátricas de Pacientes Menores de Idade. **Psychiatry on-line Brasil**, Vol. 17, 2012. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano12/for0912.php>. Acesso em: 09 de Setembro de 2022.

DALLARI, S. G, JÚNIOR V. S. N. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DAVID, P. A. **Série Aperfeiçoamento de Magistrados 2 - Curso de Controle de Constitucionalidade**. Rio de Janeiro: EMERJ, 2011.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS DEFICIENTES. 09 de dezembro de 1975. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf. Acesso em: 31 de Agosto de 2022.

DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DO DEFICIENTE MENTAL. 20 de dezembro de 1971. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/lex62.htm>. Acesso em: 31 de Agosto de 2022.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. 10 de dezembro de 1948 Disponível em: <http://www.ct.ufpb.br/lacesse/contents/documentos/legislacao-internacional/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-1948.pdf/view>. Acesso em 31 de outubro de 2022.

DELGADO, P. G. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: https://www.jurua.com.br/cliente_dig.asp. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

DOCUMENTÁRIO OMISSÃO DE SOCORRO. Direção: Araújo, O. T. 2007. 1 vídeo (60 minutos). Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=2MOrbyluFFw&t=237s>. Acesso em 21 de outubro de 2022.

ECHEBARRENA, Rodrigo Cunha. **Leitos de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2871>. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

ELKIS, H., RIBEIRO, R. B., & CORDEIRO, Q. Esquizofrenia *In*: BARROS, Daniel Martins de; CASTELANNA, Gustavo Bonini. **Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Disponível em: <https://www.derechopenalened.com/libros/psiquiatria-forense-martins-de-barros.pdf#page=137&zoom=100,96,293>. Acesso em: 19 de Outubro de 2022.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5yNzSt6mBPWYvfDznLk9GMP/>. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

GANDRA, A. **Psiquiatras veem agravamento de doenças mentais durante pandemia**. Agência Brasil, 12 de maio de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/psiquiatras-veem-agravamento-de-doencas-mentais-durante-pandemia>. Acesso em: 26 de outubro de 2022.

GENTIL, Valentim, TABORDA, J. G. V, ABDALLA-FILHO. **Reforma Psiquiátrica no Brasil**. *In*: ABDALLA-FILHO, Elias, CHALUB, Miguel, TELLES, Lisieux E. B. **Psiquiatria forense de Taborda**. Porto Alegre: Artmedm, 2016.

GOULART, M. S. **As Raízes Italianas do Movimento Antimanicomial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da, NUNES, M. L. **Regime das incapacidades de pessoa com deficiência.** Quaestio Iuris, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/quaestioiuris/article/view/36232>. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

GURGEL, Y. M. **Conteúdo normativo da dignidade da pessoa humana e suas implicações jurídicas na realização dos direitos fundamentais.** Tese (Pós-doutorado em Direito). Lisboa, 2018.

HIRATA, Edson Shiguemi; FERREIRA, Montezuma Pimenta; OLIVEIRA, Maitê Cruvinel. **Internações psiquiátricas involuntárias.** In: BARROS, Daniel Martins de; CASTELLANA, Gustavo Bonini (Orgns.). *Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Disponível em: <https://www.derechopenalened.com/libros/psiquiatria-forense-martins-de-barros.pdf#page=137&zoom=100,96,293>. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

KELSEN, H. **Teoria Pura do Direito.** 8º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

LEOPOLDO, Anne Piauilino, ROSA, L. C. S (2020). *Direitos Dos Familiares Cuidadores De Pessoas Com Transtornos Mentais: Direitos Incontáveis?* In: ROSA, L. C. S, VILARINHO, L. d. S. *Família na Desinstitucionalização em Saúde Mental.* Piauí: Edufpi, 2020. Disponível em: https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/edufpi/Ebook_FAMI%CC%81LIA_NA_D_ESINSTITUCIONALIZAC%CC%A7A%CC%83O_EM_SAU%CC%81DE_MENTAL_ED_UFPI_2021.pdf. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

LIMA, M. A. **Intervenção involuntária na psiquiatria: legislação e legitimidade, contexto e ação.** 2º ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.

LOBO, T. **"Não tem lógica o paciente psiquiátrico ir para a UPA" afirma Leonardo Barbosa, diretor regional da ABP.** Tribuna do Norte, 25 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/a-na-o-tem-la-gica-o-paciente-psiquia-trico-ir-para-a-upaa-afirma-leonardo-barbosa-diretor-regional-da-abp/478375>. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

LOPES, Claudia Souza. et al. **Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey - PNS.** Sistema FMUSP-HCA – Faculdade de Medicina da

Universidade de São Paulo e Hospital das Clínicas, 2016. Disponível em: <https://observatorio.fm.usp.br/handle/OPI/17989>. Acesso em: 26 de outubro de 2022.

LOUGON, M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311993000200006>. Acesso em: 08 de Setembro de 2022.

MARTINS, L. Proporcionalidade como critério do controle de constitucionalidade: problemas de sua recepção pelo Direito e Jurisdição constitucional brasileiros. **Revista da Ajuris**, v. 33, n. 101, 2006. Disponível em: <https://bd.tjdft.jus.br/jspui/handle/tjdft/11888>. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

MARTINS, L. **Liberdade e Estado Constitucional: leitura jurídico-dogmática de uma complexa relação a partir da teoria liberal dos direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2012.

MENDES, C. H. (2008). **Direitos fundamentais, separação de poderes e deliberação**. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-05122008-162952/publico/TESE_CONRADO_HUBNER_MENDES.pdf. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

MENDES, G. F. **Hermenêutica constitucional e direitos fundamentais**. Brasília: Brasília Jurídica, 2002.

MENDES, K. R. **Curso de Direito da Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MENEZES, J. B. **Direito das pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas - Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e Lei Brasileira de Inclusão**. Rio de Janeiro: Processo, 2016. Disponível em: https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/113136/direito_pessoas_deficiencia_menezes.pdf. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

MILTERS, C. **Plano de Ação Integral da Organização Mundial da Saúde para Saúde Mental 2013-2030**. Carol Milters, 2021. Disponível em <https://carolmilters.com/plano-de-acao-integral-da-organizacao-mundial-da-saude-para-saude-mental-2013-2030/>. Acesso em: 21 de Outubro de 2022.

MINERBO, M., GALVANI, P. de Oliveira. Instituto Therapon Adolescência: tratamento institucional de transtornos emocionais graves. **Estilos da Clínica**, vol.7, nº. 12, São Paulo março de 2002. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282002000100014. Acesso em: 29 de Agosto de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**. 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. Disponível em <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/legislacoes/portaria-gmms-no-2391-de-26-de-dezembro-de-2002>. Acesso em: 02 de setembro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 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 (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

MIRANDA, J. **Direitos fundamentais**. 2º ed. Coimbra: Almedina, 2018.

MONTEIRO, F. d. **A internação psiquiátrica compulsória: uma abordagem à luz dos direitos fundamentais**. Curitiba: Prismas, 2016.

SCHWARTZ, Odila Paula Savenhago. et al. **Legilação Federal voltada às pessoas com transtornos mentais**. *Revista oficial do conselho federal de enfermagem*, 2017. Disponível em <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/883/373>. Acesso em: 29 de Agosto de 2022.

PASSOS, L. Pesquisa mostra que 86% dos brasileiros têm algum transtorno mental. **Revista Veja**, 31 de julho de 2019. Disponível em <https://veja.abril.com.br/saude/pesquisa-indica-que-86-dos-brasileiros-tem-algum-transtorno-mental/>. Acesso em: 26 de outubro de 2022.

PINHEIRO, G. H. O devido processo legal de internação psiquiátrica involuntária na ordem jurídica constitucional brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/692>. Acesso em 31 de outubro de 2022.

RABELO, N. V. **O princípio constitucional da proporcionalidade como sustentáculo da prisão provisória**. Jus Brasil, 2011. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/20216/o-principio-constitucional-da-proporcionalidade-como-sustentaculo-da-prisao-provisoria>. Acesso em: 20 de outubro de 2022.

RAZ, J. **A moralidade da liberdade**. São Paulo: Elsevier, 2011.

RIBEIRO, G. P. **As pessoas com deficiência mental e o consentimento informado**. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de. **Direito das pessoas com deficiência psíquica - Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência**. Rio de Janeiro: Processo, 2016.

SARLET, Ingo Wolfgang. et al. **Curso de Direito Constitucional**. 10º ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021.

SARLET, I. W.; DE HOLANDA MONTEIRO, F. Notas Acerca Da Legitimidade Jurídico-Constitucional Da Internação Psiquiátrica Obrigatória. **Revista Eletrônica Direito e Política**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1393–1436, 2015. DOI: 10.14210/rdp.v10n2.p1393-1436. Disponível em: <https://periodicos.univali.br/index.php/rdp/article/view/7875>. Acesso em: 31 outubro de 2022.

STJ. **Terceira Turma libera paciente internado compulsoriamente sem a concordância do psiquiatra**. STJ, 13 de dezembro de 2021. Disponível em <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/13122021-Terceira-Turma-libera-paciente-internado-compulsoriamente-sem-a-concordancia-do-psiquiatra.aspx>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

OLIVEIRA, L. M. **Período Médico Legal Da Esquizofrenia**. In: Serafim AP (Org.); BARROS, D. M. (Org.); Rignonatti SP (Org.). (Org.). *Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica II*. São Paulo: Vetor, 2006

OMS. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 1º ed. Lisboa, abril de 2002. Acesso em 26 de outubro de 2022. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf;jsessionid=FFF32121B9E3D2A48C7A51D446952457?sequence=4. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

ONU. **Um suicídio ocorre a cada 40 segundos no mundo, diz Organização Mundial da Saúde**. Nações Unidas Brasil, 09 de setembro de 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/84115-um-suicidio-ocorre-cada-40-segundos-no-mundo-diz-oms>. Acesso em: 31 de outubro de 2022.

ONU. Resolução 46/119, de 17 de dezembro de 1991. A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental. Disponível em <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11#:~:text=3.-.Todas%20as%20pessoas%20portadoras%20de%20transtorno%20mental%2C%20ou%20que%20estejam,outra%20natureza%2C%20e%20tratamento%20degradante>. Acesso em: 31 de Agosto de 2022.

OPAS. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção**. OPAS, 17 de Junho de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 26 de Setembro de 2022.

SCIVOLETTO, S. **Transtornos da infância e da adolescência**. In: BARROS, Daniel M. *Psiquiatria forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas*. São Paulo, Elsevier, 2015.

SENADO FEDERAL. **Internação de doentes mentais é defendida em audiência pública na CAS**. Senado, 19 de Maio de 2009. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2009/05/19/internacao-de-doentes-mentais-e-defendida-em-audiencia-publica-na-cas>. Acesso em: 28 de setembro de 2022.

SHIRAKAWA, I., GONÇALVES, E. C. (2007). **Assistência psiquiátrica e desinstitucionalização**. In: ALVES, L. C. A. Ética e psiquiatria. 2º ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007.

SILVA, J. A. **Comentário textual À Constituição**. 5º ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

SILVA, M. F. Julgamentos de STF e STJ se baseiam na teoria do Direito Penal do Inimigo. **Revista Consultor Jurídico**, 2016. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2016-mar-06/marcos-silva-decisoes-stf-stj-mitigam-direitos-fundamentais>. Acesso em: 13 de outubro de 2022.

SILVA, Suzana Cecília Côrtes de Araújo e. **Internação contra a vontade de consumidores de substâncias psicoativas sob a perspectiva do direito fundamental à autodeterminação**. 2016.182f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23590>. Acesso em: 18 de Outubro de 2022.

SOUZA, I. N. **Estatuto da Pessoa com Deficiência: curatela e saúde mental**. Belo Horizonte: D'Plácido, 2016.

TAMMINGA, C. **Esquizofrenia**. Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde, abril de 2022. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/esquizofrenia-e-transtornos-relacionados/esquizofrenia?query=Esquizofrenia>. Acesso em: 18 de Outubro de 2022.

TEIXEIRA, S. M. **A família na política de assistência social: concepções e as tendências do trabalho social com família nos CRAS de Teresina - pi**. Teresina: EDUFPI, 2013.

TORRES, R. L. **A cidadania multidimensional na era dos direitos**. In: Teoria dos direitos fundamentais. 2º ed. (e. a. Celso de Abulquerque MELLO, Compilador) Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos de 2005. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2022.

VENTURINI, Fernando. et. al. **Profile and costs involved in long-term compulsory hospitalization of psychiatric patients.** Revista Brasileira de Psiquiatria, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wCdWCfpWHMdWcH7ww3NKctb/?lang=en>. Acesso em 06 de Setembro de 2022

VIEIRA, P. J. Estatuto Da Pessoa Com Deficiência, Direitos Fundamentais E Os Conflitos Diante Da Realidade Empírica: Breves Apontamentos Sob A Ótica Do Direito E Da Psiquiatria. **Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva**, v. 4, n: 2, 2018. Disponível em <https://www.indexlaw.org/index.php/direitocivil/article/view/4771>. Acesso em: 28 de setembro de 2022.

VIEIRA, P. J. **Interação Psiquiátrica: Constiuição, Direito e Medicina - Teoria e Prática.** Curitiba: Juará, 2022

VIVAS, M. D. **Direito à saúde mental no Brasil: Ficção ou realidade? Histórico, normativas, políticas públicas e judicialização.** Kindle ed. Belo Horizonte: Dialética, 2021.

WEBER, C. A. Internação Psiquiátrica Involuntária: Limites Éticos e Legais. Psychatry on-line Brasil, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315754971_INTERNACAO_PSIQUIATRICA_IN_VOLUNTARIA_LIMITES_ETICOS_E_LEGAIS. Acesso em 31 de outubro de 2022.

ZENONI, A. **Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan.** Revista Abrecampos - Revista de Saúde mental do Instituto Raul Soares, 2000.