

**A TRAJETÓRIA DE INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
PSÍQUICA: diálogos entre o estatuto da pessoa com deficiência e a lei da reforma
psiquiátrica**

*THE INCLUSION OF PEOPLE WITH PSYCHIC DISABILITIES: dialogues between the
statute of the person with disability and the psychiatric reform law*

Vitor Almeida⁶

RESUMO

O presente trabalho desenvolve análise, sob a metodologia histórico-dedutiva e qualitativa com pesquisa bibliográfica e documental, do vigente estatuto protetivo das pessoas com deficiência mental e/ou intelectual a partir do exame comparado entre as Leis n. 13.146/2015, chamada de Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, e a n. 10.216/2001, denominada de Lei da Reforma Psiquiátrica ou Antimanicomial. Tendo como base o modelo social de abordagem da deficiência, inaugurado com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com deficiência, internalizado com status de emenda constitucional no ordenamento brasileiro, objetiva-se compreender, à luz do diálogo entre as fontes normativas mencionadas, iluminadas pelos valores constitucionais revigorados pela Convenção, o estatuto jurídico-inclusivo das pessoas com deficiência psíquica como forma de promover a emancipatória capacidade e a dignidade desse grupo historicamente vulnerável e marginalizado.

ABSTRACT

This paper develops an analysis, under the historical-deductive and qualitative methodology with bibliographic and documentary research, of the current protective statute for people with mental and/or intellectual disabilities from the comparative examination between Law no. 13.146/2015, called the Brazilian Law of Inclusion or Statute of the Person with Disability, and Law no. 10.216/2001, called the Law of Psychiatric Reform or Anti-Household Reform. Based on the social model of approach to disability, inaugurated with the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities, internalized with constitutional amendment status in the Brazilian legal system, it is aimed to understand, in the light of the dialogue between the mentioned normative sources, illuminated by the constitutional values reinvigorated by the Convention, the legal-inclusive status of people with psychic disabilities as a way to promote the emancipatory capacity and dignity of this historically vulnerable and marginalized group.

⁶ Doutor e Mestre em Direito Civil pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Discente do Estágio Pós-Doutoral do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGD-UERJ). Professor Adjunto de Direito Civil da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (ITR/UFRRJ). Advogado.

Artigo convidado.

1 NOTAS INTRODUTÓRIAS: da normalização do indivíduo à inclusão da pessoa com deficiência

A normalização do indivíduo baseava-se no modelo médico que pautava sua intervenção na medicalização dos corpos e mentes e na reparação da lesão, o que redundava na opressão das pessoas com deficiência, que foram, num primeiro momento, banidas do convívio social, e, depois, objeto de “reparação”, “restauração”, para assemelhar-se aos ditos normais. Não eram sujeitos de direito, mas objeto de pesquisa da medicina, submetidos a toda sorte de procedimentos cruéis e invasivos de “normalização”. O Direito não foi menos cruel, reforçando os mecanismos de exclusão, rotulando-os de absolutamente incapazes no Código Civil de 1916 e conferindo poderes quase que absolutos ao curador para reger a vida civil, nos aspectos existenciais e patrimoniais, da pessoa com deficiência intelectual, sob o manto do discurso protetivo, mas opressor e excludente, não raras vezes. Lentamente, a preocupação com a pessoa com deficiência foi sendo posta, mas ainda assim de forma acanhada e sem considerar suas diferenças como reveladoras da diversidade humana, mas como sujeito a ser “normalizado”, cuja integração à sociedade seria limitada às suas peculiaridades e de forma superficial.

Somente com os movimentos sociais de reconhecimento dos direitos humanos da pessoa com deficiência no último quartel do século passado é que se rompe com a segregação e a opressão, superando paulatinamente a ideia de normalização do indivíduo. É importante frisar, contudo, que o processo de intervenção médica que visava “reparar”, tornar as pessoas deficientes mais próximas possíveis da normalidade já revelava, por meio de sua estratégia normalizadora, o pressuposto da anormalidade dos “portadores de deficiência”. Tal premissa desconsidera a igualdade das diferenças que se baseia na diversidade humana e oprime as pessoas com deficiência a se moldarem ao padrão socialmente aceito, sob pena de exclusão e interdição.

O que se constata é que esse processo de normalização que objetivava integrar as pessoas diferentes por causa da deficiência foi um limitado avanço para consideração desses sujeitos como detentores de direitos, em superação à sua visão como objetos em tempos não tão pretéritos. No entanto, aprisiona-se ainda em modelos de normalidade incompatíveis com a pluralidade e a laicidade preconizadas pela Constituição, que foi ampliada e renovada pela

Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. O direito a ser diferente floresce e a inclusão é processo de reconhecimento, pautado na alteridade, que visa inserir no seio social as pessoas com deficiência com suas diferenças, ou melhor, a partir das suas diferenças com a superação das barreiras sociais que lhe são impostas.⁷

A compreensão da deficiência, como examinada, perpassa a percepção dos processos de poder que determinam o controle dos corpos e mentes, não sendo uma questão puramente médico-biológica. Por isso, não é um problema das pessoas com deficiência, mas sim de toda coletividade, que precisa, antes de qualquer coisa, reconhecê-los como indivíduos iguais e competentes para a plena participação na vida social.⁸

O alvorecer do século XXI presencia uma preocupação sem precedentes na defesa e promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência, visando sua plena inclusão social e exercício da cidadania, em igualdade de oportunidades com os demais atores sociais, superando um passado odioso de invisibilização social e privação de direitos e garantias fundamentais. Apesar do atual cenário de enaltecimento dos direitos da pessoa com deficiência, garantindo-lhes a plena capacidade legal, e, por conseguinte, a autonomia na tomada de decisões sobre suas questões existenciais e patrimoniais, a efetiva inclusão social encontra resistência de parcela da sociedade que não reconhece no *outro* com deficiência a qualidade de pessoas humanas de igual valor e competência para atuar, com independência e voz, em igualdade de condições na vida de relações.

No Brasil, o direito civil absorveu, largamente, o paradigma médico binário entre normal e patológico, que refletiu na divisão entre capazes e incapazes no mundo jurídico. A disciplina jurídica dos incapazes em razão da deficiência mental carecia do juízo médico a respeito do seu discernimento para o livre trânsito nos atos da vida civil. Nessa linha, o direito brasileiro assimilou o preponderante discurso psiquiátrico oitocentista de exclusão social das pessoas com deficiência e a necessidade de internação em locais para tratamento. A adoção da

⁷ Já se realçou, em outra sede, ser “*de fundamental importância a função promocional do atual marco normativo voltado à tutela dos direitos da pessoa com deficiência, na medida em que, além de assegurar o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, promove radicalmente a mudança da cultura de indiferença e invisibilidade, estabelecendo comportamentos socialmente desejáveis e exigíveis que podem resultar no reconhecimento das pessoas com deficiência*”. (BARBOZA; ALMEIDA JUNIOR, 2017, p. 37.)

⁸ Em outra oportunidade, já se teve oportunidade de afirmar que é “*indispensável que a sociedade reconheça as pessoas com deficiência como iguais em respeito e consideração, sujeitos independentes e com voz para interação com outros parceiros na sociedade, em simetria de oportunidade, para alcançar a estima social desejada e desenvolverem livremente sua personalidade de acordo com seu projeto pessoal de plena realização existencial*” (Ibid., p. 36).

expressão “loucos de todo gênero” no Código Civil de 1916 é representativa, portanto, do mecanismo de controle social guiado pelo poder médico e legitimado pelo mundo jurídico, uma vez que os consideravam absolutamente incapazes para os atos da vida civil, retirando-lhe qualquer possibilidade de participação social.

A exclusividade do discurso médico a respeito da deficiência começa a ceder terreno em fins da década de 1970 com a ascensão do chamado modelo social, que forçou a sociedade a enxergar a pessoa com deficiência a partir de suas diferenças, retirando-lhe de um profundo isolamento forçado por meio de sua institucionalização. A principal inovação desse modelo reside na concepção de que a experiência da opressão não é uma consequência natural de um corpo com lesões, mas também um problema social. O principal desafio para superar o antigo modelo, puramente médico, é compreender que o legado de opressão é devido às barreiras sociais impostas e ao não reconhecimento dessas pessoas como agentes sociais de igual valor e competência.

As reivindicações da sociedade civil e das entidades representativas culminaram na primeira Convenção Internacional do século XX sobre direitos humanos da Organização das Nações Unidas a versar sobre os direitos da pessoa com deficiência. A Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo (CDPD) foram ratificados pelo Congresso Nacional através do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. As disposições do CDPD encontram-se formalmente incorporadas, com força, hierarquia e eficácia constitucionais, ao plano do ordenamento positivo interno do Estado brasileiro, nos termos do art. 5º, §3º, da Constituição Federal. A internalização à ordem constitucional brasileira da CDPD como Emenda Constitucional revolucionou o tratamento da questão, ao colocá-la no patamar dos direitos humanos e ao adotar o denominado modelo social de deficiência.

No plano infraconstitucional brasileiro, a Lei nº 13.146, denominada de Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), aprovada em 06 de julho de 2015, instrumentalizou e deu cumprimento à CDPD. Destinado expressamente a assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania, o EPD criou os instrumentos necessários à efetivação dos ditames constitucionais, dentre os quais se incluem a profunda alteração do regime de (in)capacidade jurídica, previsto

no Código Civil, cujas consequências se alastram praticamente por todo ordenamento jurídico, especialmente no *giro funcional da curatela* (ALMEIDA, 2018), que transforma-se em instrumento de apoio à emancipação da pessoa com deficiência, afastando-se da noção assistencialista e substitutiva de vontade que sempre a acompanhou.

O presente estudo tem por objetivo analisar, a partir do modelo social, o vigente estatuto protetivo das pessoas com deficiência mental e/ou intelectual, em exame comparativo entre as leis n. 13.146/2015, chamada de Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, e n. 10.216/2001, denominada Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial. Decerto, ambas as Leis representam importante símbolo de emancipação e empoderamento de pessoas historicamente excluídas e segregadas do convívio social. Por meio do método histórico-dedutivo e de pesquisa bibliográfica, busca-se compreender o atual estatuto jurídico-inclusivo das pessoas com deficiência mental e/ou intelectual no direito brasileiro a partir das mudanças provocadas pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, internalizada com *status* de emenda constitucional no Brasil.

2 “OS LOUCOS DE TODO GÊNERO”: um legado de segregação

A utilização da expressão “loucos de todo gênero” no Código Civil de 1916 sempre foi duramente criticada desde sua promulgação. Indispensável, contudo, compreender a origem de expressão tão genérica e estigmatizante, que encontra raízes no direito brasileiro ainda durante o século XIX, mas renasce com vigor na primeira codificação civil nacional e perpassa todo o século XX, desaparecendo somente no atual milênio. A introdução no Código Civil de 1916 é proveniente da infeliz influência do Código Criminal do Império de 1830, que reflete a ligação entre loucura e criminalidade ascendente no período oitocentista e que revela que a nascente psiquiatria atuou como instância de controle social da normalidade. Apesar do termo já ter sido extirpado de nosso ordenamento, a importância de se investigar suas origens e sentidos decorre da forte influência dessa expressão no direito pátrio.

A prática e o saber psiquiátricos ampliaram as fronteiras da anormalidade e se firmaram como instância de controle social⁹ no século XIX. No Brasil, a psiquiatria estabeleceu estreita

⁹ “Em meio às profundas transformações que marcaram a sociedade brasileira das últimas décadas do século passado, a psiquiatria consolida-se e institucionaliza-se como um campo de conhecimento especializado. Fruto de um longo e contraditório processo — que, no Brasil, desencadeou-se a partir da década de 1830, com as

relação com a justiça criminal, calcada nas orientações teóricas da degenerescência, que se baseava na hereditariedade dos transtornos mentais, conforme formulada por Benedict-Augustin Morel, que a partir da publicação do *Traité des Dégénérescences*, em 1857, exerceu grande influência no pensamento psiquiátrico até início do século XX (PEREIRA, 2018, p. 490). Segundo a teoria propagada por Morel, de forte viés religioso cristão, o homem teria sido criado à semelhança de Deus, em sua perfeição. A degeneração consistiria na “*transmissão à descendência das taras, vícios e traços mórbidos adquiridos pelos antecessores*”, correspondendo ao pecado original. As sucessivas transmissões por meio das gerações tenderiam a acentuar os efeitos da degeneração levando à “*completa desnaturação daquela linhagem, chegando até sua extinção pela esterilidade*” (Id., p. 490). As causas da degenerescência eram múltiplas, pois incluíam desde abuso de álcool, alimentação deficiente, meio social miserável, imoralidade dos costumes, conduta sexual desregrada, doenças da infância e a própria herança genética, o que implica dizer que sua causa poderia ser herdada ou adquirida (Id., p. 490). Por força dessa teoria, diversas propostas de intervenção social de cunho higienistas, com objetivo de controle e regeneração, se consolidaram como forma de manutenção social.

No Brasil, ressalva-se que “*apesar da especificidade na recepção de teorias desenvolvidas na Europa e do desenvolvimento tardio do alienismo, a atuação psiquiátrica esteve de acordo com o projeto de construção da nação e de manutenção da ordem social*” (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 336). Nesse cenário, a relação entre loucura e criminalidade ocupou espaço central, influenciando o campo do direito criminal que culminou na criação de um modelo de intervenção penal específico para doentes mentais considerados delinquentes, ou seja, “perigosos” para a vida em sociedade. O primeiro Código Criminal brasileiro foi aprovado em 22 de outubro de 1830 ainda durante o período imperial, tendo sido sancionado pelo imperador D. Pedro I, em 16 de dezembro do mesmo ano, e seguia os preceitos da escola

reivindicações médicas defendendo a necessidade premente da criação de um hospício na cidade do Rio de Janeiro — tal consolidação caracterizou-se, entre outros aspectos, pela incorporação de uma ampla variedade de temas na fixação das fronteiras que separariam a ‘doença’ da ‘saúde’, o ‘normal’ do ‘patológico’ no âmbito dos distúrbios mentais. Entre os temas privilegiados pelos alienistas e psiquiatras brasileiros na construção de atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores ‘desviantes’, figuravam, por exemplo, a civilização, a raça, a sexualidade, o trabalho, o alcoolismo, a delinquência/criminalidade, o fanatismo religioso e a contestação política. Estes temas são fundamentais para conferir limites extremamente abrangentes à noção de ‘anormalidade’, conforme pode-se depreender, por exemplo, da definição da categoria dos ‘anormais’ — que incluía, ‘...el homicida, el génio, el mentiroso, el pederasta, el filántropo, el avaro, el alienado, el ladrón, el apóstol, el sectário, el enamorado, el vagabundo, la prostituta’” (ENGEL, 1999, p. 547-630).

clássica do direito penal, estabelecidos por Cesare Beccaria em 1767, que se firmava em três pressupostos: igualdade dos homens perante a lei; pena como função da gravidade do delito; e, condicionamento do crime à sua definição legal. É importante mencionar que os pilares da igualdade frente à lei e do caráter retributivo da pena são fundados na ideia de livre-arbítrio e responsabilidade, o que punha em questão a prática delitual da pessoa em estado de loucura.

O Código Criminal do Império do Brasil estabeleceu em seu §2º do art. 10 que “os loucos de todo gênero, salvo de (*sic*) tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime” não se julgarão como criminosos (BRASIL, 1830). Não era necessária a presença de especialista para o enquadramento dos loucos de todo gênero, pois caberia ao juiz formular os quesitos sobre o estado de loucura do réu e o “exame” deveria ser realizado diante do júri. “A circunstância da loucura, ainda que de notoriedade pública, só podia ser tomada em consideração pelo júri” (FILGUEIRAS JR, apud PERES; NERY FILHO, 2002, p. 337).

O destino dos loucos infratores era regulado no art. 12 do Código Criminal que estabelecia que “os loucos que tiverem cometido (*sic*) crimes, serão recolhidos às casas para eles (*sic*) destinadas, ou entregues às suas famílias (*sic*), como ao Juiz parecer mais conveniente”. Convém lembrar que no período em que o Código Criminal foi sancionado não havia ainda um local específico para o tratamento da loucura como asilos, somente as prisões e os hospitais da Santa Casa. O primeiro asilo com essa finalidade somente foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1852¹⁰. Embora nesse período não fosse dado nenhum tratamento específico aos considerados loucos, é de se registrar que a depender da situação social o destino que lhes eram reservados era diferente. Os loucos pobres que “vagavam pelas ruas oferecendo perigo às pessoas” deveriam ser encaminhados às cadeias e à Santa Casa, (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 337) em clara prática higienista. Essa estratégia alienista permaneceu durante muito tempo sem uma lei que a respaldasse, apesar do pleito dos médicos por uma regularização dos termos de admissão dos loucos nos asilos, o que revela um anseio pela ampliação do poder de intervenção médica (Ibid., p. 337-338).

¹⁰ “As separações institucionalizadas, tanto nos saberes quanto nas práticas dos considerados indesejáveis, começaram de forma incipiente no século XIX em nosso país, com as transformações que a chegada da família real provocou na pequena cidade do Rio de Janeiro. Tornou-se necessário modernizar o espaço urbano, limpar as ruas da paisagem humana que as ocupava: escravos, esmoleiros, loucos e maltrapilhos. A fundação das primeiras faculdades de Medicina, em 1832, no Rio de Janeiro e na Bahia, foi um marco do discurso higienista, preocupado em descolonizar os hábitos dos senhores, disseminando valores burgueses para uma sociedade que vivia o regime escravocrata” (LOBO, 2015, p. 413-414).

O Código Criminal do Império foi alvo de críticas em relação ao modelo de intervenção penal destinado aos loucos, sobretudo, por não contemplar a necessidade do perito-psiquiatra para avaliação do estado mental do criminoso, o que propiciava um poder excessivo ao juiz, e por não existir um local específico para os loucos criminosos. Buscava-se a criação de manicômios judiciários e a regulamentação da psiquiatria como especialidade médica, (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 338) o que revela a forte influência da institucionalização e do saber psiquiátrico nesse período. Ademais, o Código Criminal de 1830 somente contemplava o alienado que cometia um ato criminoso, sendo considerado insuficiente, por não abarcar os loucos não perigosos. Talvez a falha fosse proveniente do imaginário dominante nesse período no sentido de ser a alienação uma degenerescência que propiciava a prática de atos contrários à lei pelos ditos anormais, ou seja, fora do padrão social dominante.¹¹

A categoria genérica e ampla dos “loucos de todo gênero” utilizada no Código Criminal do Império “precisava ser delimitada”, (PERES; NERY FILHO, p. 339) pois receoso se encontrava o legislador de manter uma fórmula de “*amplitude inconveniente e perigosa*” (COSTA E SILVA, 1930, p. 189) o que foi feito, em 1890, no Código Criminal republicano (Decreto nº 847) com a adoção da fórmula “*completa privação dos sentidos e da inteligência*”. Optou-se, dessa forma, pelo critério da “*intensidade da perturbação*”, que deveria “*ser completa e não qualquer, porque só aquela tira ao indivíduo a consciência do ato ou a liberdade da determinação*” (ESCOREL, 1905, apud PERES; NERY FILHO, 2002, p. 339).

Contudo, a tentativa de delimitar a noção de loucura surtiu efeito contrário ao pretendido. Nos albores do Código Criminal de 1890, a restrita fórmula da “*completa privação dos sentidos e da inteligência*” foi encarada pelos juristas como impeditivo à absolvição dos alienados delinquentes, uma vez que tal estado seria “*incompatível com a atividade física e psíquica anormal*” para a prática de um ato, compreendendo, desse modo, somente o “*cadáver, o corpo inerte e sem vida, incapaz de gesto ou ato*” (COSTA E SILVA, 1930, p. 189-190). Assim, salvo os casos de “*imbecilidade nativa*” ou “*enfraquecimento senil*”, previstos no § 3º

¹¹ O advento do primeiro Código Criminal republicano (Decreto nº 847), de 11 de outubro de 1890, estabeleceu significativas alterações no estatuto penal do alienado e seu destino institucional. O art. 27, em seu §4º, substituiu a expressão “loucos de todo gênero” pela fórmula da completa privação dos sentidos e da inteligência. Os alienados seriam inimputáveis, e, nos termos do art. 7º, crime seria a violação imputável e culposa da lei penal. Dito de outro modo, os atos por eles praticados não lhes seriam atribuídos e nem respondem pelos atos praticados, não cabendo a aplicação de sanções penais. O Código republicano previu, ainda, especificamente, em seu art. 29, que os alienados deveriam ser entregues às suas famílias ou, para a segurança do público, serem encaminhados aos hospitais de alienados.

do art. 127, os demais alienados deveriam ser condenados, eis que o § 4º do art. 27 não teria aplicação em espécie alguma de loucura. Superada essa curiosa e estreita solução, elasteceu-se a interpretação do dispositivo para abarcar todos os casos de estado de inconsciência, independente da causa, ou seja, todos aqueles que não tinham “*possibilidade de obrar livremente*”, (SOARES, 1908, apud PERES; NERY FILHO, 2002, p. 340) incluindo os loucos de todo gênero, bem como os casos de “*sonambulismo, epilepsia, delírio febril, hipnose e embriaguez completa*” (PERES; NERY FILHO, 2002, p. 340). Com o novo Código, portanto, ampliou-se a noção de loucura e a atuação dos peritos psiquiátricos nos tribunais brasileiros, tornando-se a perícia a prova mais fundamental da alienação mental.¹²

Se ao longo do século XIX o tratamento do alienado no direito penal transitou entre a amplitude da designação dos “loucos de todo gênero” à fórmula, restrita em sua redação, mas flexibilizada em sua interpretação, da “completa privação dos sentidos e da inteligência”, é preciso salientar que na esfera cível a discussão centrava-se no estatuto do alienado como incapaz para a prática dos atos da vida civil. A inimputabilidade e a incapacidade eram retratos da absorção jurídica da ideia de pessoas com deficiência como anormais, e que, portanto, deveriam ser excluídas da responsabilidade penal e do governo de sua própria vida, ou seja, afastadas do convívio com a sociedade.

A concretização do ideário codificador não alcançou o direito civil brasileiro no período oitocentista, tendo que aguardar a República para promulgação do primeiro Código Civil nacional já em pleno século XX. O movimento de codificação atraca no Brasil logo após a independência. A Constituição do Império, promulgada em 1824, determinou em seu art. 179, nº XVIII a “*necessidade de se organizar, quanto antes, um código civil e um criminal, fundado em sólidas bases de Justiça e Equidade*”. Apesar de o Código Criminal ter sido promulgado em 1830, como visto, e o Código Comercial, em 1850, o aludido dispositivo não foi cumprido em sua plenitude, uma vez que o Código Civil teve que aguardar até o ano de 1916, já sob o manto da Constituição de 1891. Durante o império, as ordenações filipinas continuavam a vigorar por força da lei de 20 de outubro de 1823 que determinou que, enquanto não se organizasse um novo código ou não fossem especialmente alteradas, as Ordenações, regimentos, alvarás, decretos e resoluções promulgadas pelos reis de Portugal até 25 de abril de

¹² “*Compete à medicina averiguar o fato da alienação mental, razão por que em todos os casos patológicos os exames médicos são as provas reconhecidas como as mais legítimas e precedentes*” (SCOREL, 1905, p. 120, apud, PERES; NERY FILHO, 2002, p. 340).

1821 permaneceriam a vigor no Brasil. Apesar da letargia codificatória em matéria cível, fato é que ao longo do século XIX diversas leis foram sendo promulgadas sobre determinadas matérias cíveis, formando um verdadeiro “labirinto legislativo” (FONSECA, 2006, p. 67), eis que nossa legislação encontrava-se “*completamente esparsa, sem sistemática e desordenada*” (PERREIRA, 2014, p. 69).

O processo de codificação civil nacional inicia-se com a contratação do jurista Augusto Teixeira de Freitas como encarregado de elaborar a “Consolidação das Leis Civis”, documento monumental que ordenou de forma sistemática as normas vigentes naquele período. Após a bem-sucedida empreitada, o governo imperial contrata o reconhecido jurista para elaborar o “Esboço” do Código Civil,¹³ que se tornou célebre apesar de não ter logrado êxito em se tornar o primeiro Código Civil brasileiro,¹⁴ embora tenha se tornado referência, sobretudo, nas codificações oitocentistas latino-americanas. A importância em se averiguar o estatuto civil dos deficientes mentais no Esboço Teixeira de Freitas se justifica na medida em que ilumina as discussões e debates no campo do direito civil, especialmente a respeito da incapacidade, na segunda metade do século XIX.

O Esboço Teixeira de Freitas, em seu art. 41, estabelecia que “*os alienados declarados por tais em juízo*” e os “*surdos-mudos que não sabem dar-se a entender por escrito*” seriam considerados absolutamente incapazes, tendo em vista que não poderiam “praticar ato algum por impossibilidade física” que fossem válidos. De acordo com o “jurisconsulto do império”, seriam consideradas alienadas aquelas pessoas assim declaradas judicialmente “*por impossibilidade moral de obrar, e também pela dependência em que vêm a ficar de uma representação necessária*”, enquanto que os surdos-mudos seriam os que por “*impossibilidade física de manifestação exterior da vontade, e até certo ponto também por impossibilidade*

¹³ Ricardo Marcelo Fonseca registra que “[O] outras tentativas de codificação da legislação civil (contudo, muito menos célebres) foram ainda tentadas no Brasil imperial: a de Nabuco de Araújo (1872) e a de Felício dos Santos (1881) cujos projetos, que muito deviam ao ‘Esboço’ de Teixeira de Freitas, acabaram barradas quer pela rejeição do Ministério da Justiça e do parlamento, quer pelo final do regime imperial em 1889”. (FONSECA, 2006, p. 68).

¹⁴ “Embora não haja um consenso entre os autores sobre as razões do fracasso do ‘Esboço’ em sua pretensão de transformar-se em código, parece efetivamente que contribuíram decisivamente duas razões. A primeira foi a firme e inflexível convicção de Teixeira de Freitas em promover a unificação do direito privado, o que encontrava uma oposição do governo, que, secundado pelos firmes interesses da elite agrária, não via com bons olhos essa mudança. De fato, na sua carta de 1867 que rejeitava os trabalhos já impressos, dizia que resistia ‘invencivelmente a essa calamitosa duplicação das leis civis’. A segunda razão encontra-se na decisão de Teixeira de Freitas, fiel a seu espírito liberal, negar-se a estabelecer uma disciplina jurídica para a escravidão dos negros” (FONSECA, 2006, p. 68).

moral” (FREITAS, 1983, p. 31). Teixeira de Freitas distinguiu os alienados entre os declarados judicialmente (art. 41 do Esboço) e os não declarados em juízo, mas em ambos os casos são considerados incapazes, embora o art. 24 trate dos chamados incapazes de fato, abrangendo todas as suas *“manifestações, naturais ou acidentais, permanentes ou passageiras, notórias ou dependentes de prova”*. Em alguns casos, os incapazes de fato dependem de uma representação necessária (art. 25 do Esboço), seja pela própria natureza, como os surdos-mudos, ou por fatos acidentais, a exemplo dos alienados (FREITAS, 1983, p. 17-18).

O art. 78 do Esboço estabelece que *“ninguém será havido por alienado, para que se tenha lugar a representação necessária que neste Código se determina, sem que a alienação mental seja previamente verificada, e declarada pelo Juiz do seu domicílio ou residência”*. Observa-se que tal dispositivo se dirige aos alienados que dependem de representação, ou seja, são declarados incapazes *“em relação a todos e quaisquer atos futuros”*, logo, absolutamente incapazes; enquanto que a declaração de alienação mental dos incapazes de fato – aqueles que não precisam de representação necessária – afeta tão somente *“o ato jurídico sobre que ela recai, para o efeito de anular esse ato unicamente”* (FREITAS, 1983, p. 45).

Baseado nas espécies de alienação mental formulada por Philippe Pinel e adotada por seu discípulo Jean-Étienne Esquirol, Teixeira de Freitas entendia que deveriam ser declarados alienados *“os indivíduos de um e outro sexo, que se acharem em estado habitual de mania, demência ou imbecilidade, ainda mesmo que tenham lúcidos intervalos, ou a mania pareça parcial”*. Desse modo, alienados seriam aqueles em estado habitual, ou seja, *“estado permanente e mais ordinário da pessoa, cuja alienação mental se tem de declarar; de onde não bastam acessos passageiros e acidentais de alteração de espírito”* (FREITAS, 1983, p. 46). Tal requisito é importante, pois excluía de serem considerados absolutamente incapazes e, logo, representados, pessoas passageiramente com alienação mental que poderiam ter determinado ato jurídico anulado por ser considerado como incapaz de fato, embora não dependente de representação necessária. O estado habitual, esclarece Teixeira de Freitas, não se confunde com estado permanente e contínuo, por isso, *“a existência de lúcidos intervalos nem inibe a declaração de incapacidade absoluta, e a medida da representação necessária; nem tão-pouco faz cessar essa incapacidade e representação”* (Ibid., p. 46).

O “jurisconsulto do império” já alertava que a declaração de alienação mental (e a consequente privação da administração de seus bens) é *“medida sumamente grave, e deve-se*

empregar todos os meios para que não haja abusos, facilitando-se quanto for possível o conhecimento da verdade". Por isso, considera que a classificação adotada no art. 78 é "*a da Ciência, que tem minuciosamente descrito os caracteres de cada um dos tipos de loucura*" (FREITAS, 1983, p. 48). Apesar de demonstrada a preocupação com a gravidade da medida de declaração de incapacidade absoluta e, por conseguinte, da nomeação do representante necessário, o que descortina a severidade de sua imposição, por outro lado, apega-se ao reinante discurso psiquiátrico, na medida em que avulta a importância do exame de sanidade, nos termos do art. 82 do projeto Teixeira de Freitas. O Esboço revela, portanto, uma sintonia com o emergente campo da psiquiatria, já que adota a classificação da alienação com base em Pinel e Esquirol, o que sinaliza a simbiose entre os poderes médico e jurídico como instrumentos de exclusão da pessoa então denominada de alienada.

A definição de alienação mental calcada em critérios científicos da época, contudo, parece melhor que a fórmula "loucos de todo gênero" que foi adotada no Código Civil de 1916, consagrada no Código Beviláqua, que os considerou como absolutamente incapazes de exercer, pessoalmente, os atos da vida civil (art. 5º, II). O próprio Clovis Beviláqua admite que apesar de "loucos de todo gênero" ser a "expressão tradicional" no direito brasileiro à época, já não lhe parecia a melhor, (BEVILAQUA, 1953, p. 148) apesar de não a ter censurado por ocasião da alteração realizada pela Comissão Revisora no projeto revisto. O fato de tal locução ser reputada como costumeira no direito nacional se explica em parte por sua utilização no Código Criminal de 1830, embora o Código de 1890 já a tivesse abandonado.

Não há dúvida que sempre foi difícil a conceituação jurídica da loucura, a começar pela escolha da melhor expressão a ser utilizada pelos Códigos vigentes à época. O Projeto Clóvis Beviláqua seguiu os postulados emanados do Esboço do Código Civil de Teixeira de Freitas¹⁵ que "*desconhecia quase completamente a psiquiatria forense; é que Teixeira de Freitas tomou como modelo as classificações de Pinel e de Esquirol, já abandonadas, e até mal copiadas ou mal compreendidas*" (PACHECO, 2006, p. 4).

O projeto primitivo do Código Civil de 1916 preferia a expressão "alienados de toda espécie", tendo em vista que se entendia que haveria "*casos de incapacidade civil, que se não*

¹⁵ "*Na determinação da incapacidade por insanidade mental, o projeto Clovis Beviláqua, assim como a sua revisão, não se apartaram de uma fonte nacional, Teixeira de Freitas, que infelizmente não pode firmar autoridade na espécie em virtude do atraso em que este autor se deixou ficar em matéria de psiquiatria forense, mesmo para a época em que escreveu*" (RODRIGUES, 1939, p. 24).

poderiam, com acerto (sic), capitular como de loucura". Segundo Clovis Beviláqua, os alienados seriam *"aquêles que, por organização cerebral incompleta, por moléstia localizada no encéfalo, lesão somática ou vício de organização, não gozam de equilíbrio mental e clareza de razão suficientes para se conduzirem, socialmente, nas relações da vida"*. Nesse sentido, afirmou que enquanto o *"diagnóstico importa ao médico; ao jurista o que interessa é a vida social, que pode ser perturbada pela ação dos alienados"*. Por isso, para ser considerado alienado deveria ser uma perturbação incompatível com o meio social (BEVILÁQUA, 1953, p. 148). Revela-se, dessa forma, a preocupação com a sociedade em detrimento do indivíduo vulnerado que precisava de proteção, evidenciando a supremacia do modelo médico de deficiência.

A fórmula "loucos de todo gênero" foi duramente criticada ainda durante o projeto do Código Civil e continuou após a aprovação do texto. Os críticos pronunciavam-se pela substituição da "infeliz" expressão por outra mais adequada como "alienados de todo gênero", adotada no projeto primitivo, ou "loucos e deficientes mentais" (BEVILÁQUA, 1983, p. 149). Entretanto, se a expressão "loucos" sofreu censuras, a utilização de "alienados" não seria imune às críticas, conforme se pronunciou Raymundo Nina Rodrigues: *"Os termos alienados e loucos conservam seu valor técnico e por mais que se diga dos primeiros, que serão de qualquer espécie e dos segundos que serão de todo gênero, deles (sic) estarão sempre excluídos certos casos de insanidade mental permanente e os transitórios"* (RODRIGUES, 1939, p. 30). Nessa linha, o autor, diante das discussões a respeito da terminológica a ser adotada pelo Código, defende que seria *"mesmo difícil encontrar uma expressão capaz de convir como rubrica genérica a todos esses casos de insanidade, de cuja soma o grupo das loucuras é apenas uma parcela"* (RODRIGUES, 1939, p. 20).

Para muitos juristas e médicos, as expressões alienados e loucos eram sinônimas. No entanto, outros as consideravam como gênero e espécie. Desse modo, loucos seriam *"doentes de um processo patológico ativo"*; enquanto o *"idiota, parado no desenvolvimento, o demente, regredido pela senilidade, são enfermos de um processo patológico estacionário ou crônico: não são loucos, mas, como os outros, são alienados"*. Por isso, o entendimento de alguns da alienação como noção muito mais ampla do que a de loucura (SANTOS, 1980, p. 253).

A rigor, a doutrina salientava que "loucos de todo gênero" e "alienados de qualquer espécie" eram expressões *"vezeiras dos projetos, leis, códigos nacionais, mais ou menos*

empregadas a êsmo (sic)” (Ibid., p. 253). Milciades Mario de Sá Freire já frisava que não interessava “*discutir a propriedade das expressões usadas pelo Código*”, mas convém “*examinar o alcance ou o que pretendeu o legislador expressar, usando a palavra ‘loucos’*” (Ibid., p. 253).

De todo modo, apesar das críticas, a expressão “loucos de todo gênero” foi escolhida, permanecendo na redação final do Código Civil e manteve-se até a promulgação do Código Civil de 2002. De acordo com Clovis Beviláqua, tal expressão designaria os casos de “*insanidade mental permanente ou duradoura, que determinam a incapacidade, desde que se caracterizem por uma grave alteração nas faculdades mentais, seja a inteligência, a emotividade ou o querer*” (BEVILÁQUA, 1983, p. 149). Diante de tal definição, são excluídos os estados de insanidade mental transitórios, que apenas viciam os atos jurídicos praticados durante sua permanência. Além disso, adverte-se que se a “*alteração das faculdades mentais não é grave, embora duradoura, e permite ao paciente reger a sua pessoa e os seus bens, não há necessidade nem conveniência de feri-lo com a incapacidade absoluta*” (Ibid., p. 149).

A imprecisão da linguagem, portanto, é reflexo do próprio embate no discurso psiquiátrico acerca da loucura. A rigor, o Código Civil de 1916 ao adotar o epíteto “loucos de todo gênero” optou por rubrica genérica e submeteu-se a necessidade de perícia médica para o diagnóstico, apesar da ressalva de Clóvis Bevilaqua no sentido de a insanidade mental permanente somente influir na incapacitação da pessoa se perturbasse sua vida social, eis que se fosse possível reger sua vida e bens não deveria ser declarado absolutamente incapaz em razão da intensidade da medida adotada. Uma vez que o Código Civil de 1916 incluiu os loucos de todo gênero entre os absolutamente incapazes, considerando os atos por eles praticados nulos (art. 145, I)¹⁶ e transferiu sua representação aos curadores para os atos da vida civil (art. 84),¹⁷ estabeleceu-se uma confusão jurídica entre incapacidade, insanidade mental e interdição, que ao longo do século XX eclipsou os direitos das pessoas com deficiência intelectual, que permaneceram à margem do Direito, com suas vontades e desejos negados, na maior parte das vezes, reforçando a segregação e exclusão sociais decorrentes do discurso médico iniciado séculos antes.

¹⁶ “Art. 145. É nulo o ato jurídico: I. Quando praticado por pessoa absolutamente incapaz (art. 5)” (BRASIL, 1916).

¹⁷ “Art. 84. As pessoas absolutamente incapazes serão representadas pelos pais, tutores, ou curadores em todos os atos jurídicos (art. 5); as relativamente incapazes pelas pessoas e nos atos que este Código determina (arts. 6, 154 e 427, n VII)” (BRASIL, 1916).

Indispensável registrar que a utilização de expressão tão genérica e flexível permitiu a forte penetração do discurso psiquiátrico que condicionou por meio dos laudos periciais a determinação do estado de incapacidade.¹⁸ Já se defendeu que “*a questão de saber se há uma doença mental é, sem dúvida, uma questão médica. [...] o juiz pronuncia interdição ou anula o ato, mas tendo em vista sempre o parecer dos profissionais*” (SANTOS, 1980, p. 258). Sob a chancela do Direito, portanto, hipertrofiou-se a verdade médica em detrimento de uma avaliação mais abrangente que não se baseasse exclusivamente no diagnóstico psiquiátrico, mas levasse em consideração os efeitos concretos de eventual deficiência intelectual na vida de relações mantida por cada pessoa nas suas aptidões ou funcionalidades pessoais.

Os “loucos de todo gênero” são uma expressão simbólica que bem traduz um período no qual a liberdade de atuar na vida social e decidir sobre sua própria vida estava condicionada ao modelo de normalidade ditado pela medicina, sobretudo, pela psiquiatria, condenando todos os indivíduos patológicos, desviantes da regra imposta, ao ocaso, silenciando seus direitos e negando sua condição de pessoa humana com a garantia da dignidade que lhe é inerente.

2 A LUTA ANTIMANICOMIAL E A LEI Nº 10.216/2001: saúde mental e deficiência psíquica

No decorrer do século XX se assistiu ao desmoronamento do discurso exclusivo da internação psiquiátrica para o tratamento dos chamados “doentes mentais”. Segundo Michel Foucault, “*a psiquiatria clássica reinou e funcionou sem [...] muitos problemas externos entre os anos de 1850 e 1930, a partir de um discurso que ela considerava e fazia funcionar como verdadeiro*”, no qual se deduzia a necessidade de a instituição asilar e do poder médico como “lei interna e eficaz”. As críticas “antipsiquiátricas” desenvolvem-se a partir dos anos de 1930 e 1940 fundando-se especialmente na violência do poder médico exercido nas instituições asilares e nos efeitos de seu desconhecimento, colocando em xeque a suposta verdade médica sobre a loucura (FOUCAULT, 2006, p. 49-50).

Cabe registrar que, a partir da Primeira Grande Guerra Mundial, com o grande contingente de pessoas mutiladas, “*a deficiência começou a ser definida como uma falta, uma*

¹⁸ Vide o art. 450 do Código Civil de 1916: “*Antes de se pronunciar acerca da interdição, examinará pessoalmente o juiz o argüido de incapacidade, ouvindo profissionais*” (BRASIL, 1916).

insuficiência, algo que necessita de reparação ou compensação daquilo que se havia perdido (sentidos, funções ou órgãos)”, o que propiciou a criação de organizações voltadas para atendimento especializado e exclusivo dessas pessoas. Rompe-se, dessa maneira, com a política de segregação institucional que “vigorou desde o final do século XIX até a década de 1940, em que tais pessoas eram consideradas ‘inválidas’ socialmente ‘inúteis’”. A partir desse período é que se desenvolveu a ideologia da normalização, em termos de “reparação” do indivíduo, buscando sua integração à comunidade. Nesse sentido, como já se disse, cabiam às pessoas com deficiência “se adaptarem à sociedade, para que pudessem participar da vida social. Todo esse pensamento faz parte do modelo médico, assistencialista ou reabilitador, de caráter protetor, que embasou ações, políticas públicas e a própria legislação então vigente” (FOHRMANN; KIEFER, 2006, p. 70-71). A partir da década de 1970 é que se instaura movimento, sobretudo na Inglaterra e nos Estados Unidos, conforme já explanado, que buscava a participação social igualitária e o reconhecimento de direitos humanos inerentes à pessoa com deficiência.

No Brasil, o movimento antimanicomial foi iniciado ainda nos anos setenta do século passado, (BRASIL, 2005) mas somente se consolidou na legislação nacional com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O movimento antimanicomial, também conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira,¹⁹ reivindicava um tratamento destinado aos “portadores de transtornos mentais” não mais centrado no modelo hospitalocêntrico, que objetivava excluir o paciente do convívio social, tornando-o invisível, mas direcionado à adoção de recursos terapêuticos, preferencialmente, em estabelecimentos extra-hospitalares.²⁰

¹⁹ Sobre a trajetória histórica do movimento nacional da luta antimanicomial no Brasil, v. LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol. 12, n. 2, 2007, pp. 399-407.

²⁰ No Brasil, foi promulgado o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre a “profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos” e dava outras providências. O §2º do art. 3º, por exemplo, utilizava o termo “menores anormais”. Nos termos do Decreto: “Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos desse gênero”. Sobre as anormalidades infantis no Brasil, Lilia Ferreira Lobo, em estudo dedicado ao tema, leciona que o “final do século XIX assistiu, na Europa, ao nascimento da criança anormal, restringindo a antiga abrangência da idiotia, ao ocupar com mais apuro o lugar desta. Nossos médicos, imbuídos do ideário estrangeiro da psiquiatria e da higiene, introduziram, logo no início desse período, a perspectiva preventiva medicina que visava à pedagogia da população e, por isso, tinha na infância o alvo privilegiado, fazendo surgir a figura da criança anormal”. Registra, ainda, que “os três únicos estabelecimentos para crianças anormais existentes no Brasil em 1923 eram insuficientes. A partir de 1908, os relatórios oficiais ao Ministério da Justiça

O movimento nacional da luta antimanicomial se inscreveu num processo mais amplo de transformações sociais, que consistia no combate a todas as formas de exclusão. Semelhante à trajetória de muitos outros movimentos sociais do país, é no contexto da abertura do regime militar²¹ que surgem as primeiras manifestações no setor da saúde, com a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do movimento de Renovação Médica (REME), que permitiu e impulsionou o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que assumiu *“papel relevante nas denúncias e acusações ao governo militar, principalmente sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui práticas de tortura, fraudes e corrupção”* (LUCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

A reforma psiquiátrica é definida como *“um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”* (AMARANTE, 1995, p. 91). A transformação do modelo clássico da psiquiatria se iniciou pela desinstitucionalização na tradição basagliana,²² segundo a qual *“a clínica deixaria de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pineliano, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber”* (AMARANTE, 2009). Objetiva-se com esse movimento, gestado no âmbito dos reclames democráticos a cidadania dos loucos, romper com o domínio do saber psiquiátrico, que contribuiu de forma contundente para a consolidação de um imaginário social de associação da indiferença à anormalidade. Buscava-se o fim da cidadania interdita.

A compreensão mais adequada do processo de reforma psiquiátrica perpassa quatro dimensões. A dimensão epistemológica se refere ao conjunto de questões teórico-conceituais que fundamentam o saber, autorizam e dão suporte ao fazer médico psiquiátrico, revisitando os

e Negócios Interiores descrevem seguidamente a superlotação do Pavilhão Bourneville. Na terceira década do século XX, outra denominação, agora de ordem jurídica e judiciária, entra em cena: o menor e seu prolongamento, menor anormal, por sua vez subdividido em anormal de inteligência e de caráter” (LOBO, 2015, p. 419 e 421).

²¹ *“No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização”* (AMARANTE, 1995, p. 91).

²² Franco Basaglia era médico-psiquiatra e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. V. AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In: *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online], 1994, v. 1, n. 1, pp.61-77.

conceitos produzidos pelo referencial epistêmico da psiquiatria, tais como alienação e doença mental, bem como suas práticas como isolamento terapêutico, entre outros. Por conseguinte, a dimensão técnico-assistencial se baseia no cuidado com o paciente como elemento chave para o tratamento. A dimensão jurídico-política foca na afirmação da cidadania e no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas com deficiência, redefinindo seu papel nas relações sociais. E, por fim, a dimensão cultural, que é o principal objetivo desse processo, visa “*a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência*”, calcada em um “*conjunto de intervenções e estratégias que visam transformar o lugar da loucura no imaginário social*”, e não somente a transformação do modelo assistencial (AMARANTE, 2009).

No campo legislativo, a reforma psiquiátrica encontrou respaldo somente com a promulgação da Lei n.º 10.216/2001, que constituiu um marco ao estabelecer novas diretrizes para o tratamento de pessoas com transtornos mentais, rompendo com o período manicomial anteriormente vivenciado no país de forte segregação,²³ assegurando-lhes direitos e redirecionando o modelo assistencial no país. Em seu art. 1º, a referida lei prevê que as pessoas acometidas de transtorno mental devem ser merecedoras de respeito “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”.

A excepcionalidade da internação e a finalidade de reinserção na sociedade são determinações cristalinas da lei em comento. O artigo 4º estabelece que “*a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes*” e seu §1º impõe que “*o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio*”. Deste modo, a internação

²³ Cabe registrar que a Lei n.º 2.312, de 03 de setembro de 1954, que estabelecia Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, revogada expressamente pelo art. 55 da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o Decreto n.º 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961, que regulamentou a lei mencionada e foi batizado de Código Nacional de Saúde, já enfatizavam o atendimento psiquiátrico extra-hospitalar, sem, contudo, apresentar significativas mudanças na prática psiquiátrica. O art. 22 da Lei determinava que o “tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata”. Por sua vez, o Decreto, em seu art. 75, estabelecia que a “política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais”. Infere-se que havia um abismo entre o comando legal e a realidade vivenciada pelos pacientes psiquiátricos, pois apesar das diretrizes acima mencionadas, a situação nada ou pouco se alterou.

psiquiátrica no Brasil deverá ser o último recurso a ser utilizado pelos médicos, e, mesmo assim, exige-se que o tratamento durante o período internado seja no sentido de reintegrar²⁴ o paciente à sociedade. Dentre os direitos elencados no parágrafo único do art. 2º, assegura-se à pessoa “portadora” de transtornos mentais o “*acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades*” (inciso I), devendo ser tratado com “humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (inciso II), “*direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária*” (inciso V), devendo ser tratada pelos “*meios menos invasivos possíveis*” e “*preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental*” (incisos VIII e IX).

O Conselho Federal de Medicina regulamentou o atendimento médico a pacientes “portadores de transtorno mental” através da Resolução nº 1.598, de 09 de agosto de 2000, tendo sido modificada pela Resolução nº 1.952, de 11 de junho de 2010, que adotou as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, da Associação Brasileira de Psiquiatria, como instrumento norteador das políticas de saúde mental no país, além de revogar as Resoluções ns. 1.407²⁵ e 1.408,²⁶ ambas de 08 de junho de 1994. Nos termos da resolução vigente, “é dever dos médicos assegurar a cada paciente psiquiátrico seu direito de usufruir dos melhores meios diagnósticos cientificamente reconhecidos e dos recursos profiláticos, terapêuticos e de reabilitação mais adequados para sua situação clínica” (art. 1º). Realça-se, ainda, a autonomia do paciente psiquiátrico ao proibir qualquer tratamento sem seu consentimento esclarecido, “*salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos e iminentes ao paciente ou a outras pessoas*” (art. 6º).

A Lei 10.216/2001, sem dúvida, significou expressivo avanço no reconhecimento de direitos para um grupo tradicionalmente invisível, marginalizado e excluído. Ainda assim, as

²⁴ A visão da lei ainda é a de reintegrar porque a pessoa está “reparada”, “consertada” ou “normalizada”, o que é diferente da “inclusão”, afirmada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, em que a pessoa é aceita em sua diferença. Por evidente, isso não significa que o tratamento não será possível, mas, ao contrário, estabelece que a inclusão não está vinculada à reparação, como na integração.

²⁵ “Adotou os princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental”.

²⁶ “Dispôs acerca das responsabilidades do diretor técnico, diretor clínico e dos médicos assistentes no tocante à garantia de que, nos estabelecimentos que prestam assistência médica, os pacientes com transtorno mental sejam tratados com o devido respeito à dignidade da pessoa humana”.

peçoas “portadoras” de transtorno mental encontram-se ainda em graves situações de violação de seus direitos. Em censo realizado no Brasil, em 2011, verificou-se que 3.989 homens e mulheres ainda continuam internados em hospitais ou alas psiquiátricas de presídios – os chamados *loucos infratores*. De acordo com Debora Diniz, a “*invisibilidade do louco infrator não foi rompida com as conquistas da Reforma Psiquiátrica dos anos 2000. [...] Os hospitais para loucos infratores resistiram à Reforma Psiquiátrica; alguns foram, inclusive, inaugurados após a Lei 10.216 de 2001*” (DINIZ, 2003, p. 13). O estudo ainda aponta que há, pelo menos, dezoito pessoas internadas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico há mais de trinta anos, ou seja, se encontram em regime de abandono perpétuo (Ibid., p. 14). Embora a Lei tenha reorientado o modelo assistencial às pessoas com transtornos mentais – do modelo asilar para o ambulatorial –, ainda há muito a se percorrer para realmente se efetivar os direitos assegurados pelo legislador e, assim, protegê-las com dignidade, principalmente, incluí-las ao convívio social e familiar.

Cabe sublinhar, embora escape aos limites do presente trabalho, o descompasso da imposição da medida de segurança como pena restritiva de liberdade,²⁷ que determina a internação como regra (art. 97 do Código Penal),²⁸ por tempo indeterminado, conforme disciplinada pelo Código Penal brasileiro e pela Lei de Execução Penal (LEP),²⁹ com o modelo assistencial em saúde mental instaurado pela Lei n. 10.216/2001 é evidente³⁰ e se distancia

²⁷ O art. 26 do Código Penal (Decreto-Lei n. 2.848/1940) determina que a medida de segurança seja aplicada, em regra, aos inimputáveis que, em razão de doença mental, eram ao tempo do crime incapazes de entender e de se manifestar de acordo com seu entendimento; ou às pessoas que, em razão de um retardo mental ou desenvolvimento mental incompleto não eram ao tempo do crime inteiramente capazes de entender o caráter ilícito do seu ato ou de se manifestarem de acordo com esse entendimento. *In verbis*: “Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984). [...] Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)” (BRASIL, 1984).

²⁸ “Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) [...] § 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)” (BRASIL, 1984).

²⁹ Vide arts. 171 a 174 que tratam da execução das medidas de segurança na LEP (Lei n. 7.210/1984) (BRASIL, 1984).

³⁰ Nesse trilho, a “*revisão da legislação penal brasileira faz-se necessária e urgente, seguindo a lógica da política em saúde mental disciplinada pela Lei n. 11.216/2001, que determina tratamento extra-hospitalar como regra, cabendo internação somente se laudo médico determinar a sua necessidade*” (PRADO; SCHINDLER, 2017, p. 648-649).

igualmente dos princípios da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146/2015), embora não tratem especificamente sobre tal matéria. O atual entendimento do Superior Tribunal de Justiça, com base nos princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade, limita o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 (trinta) anos, em atenção à vedação constitucional de penas perpétuas na ordem jurídica brasileira.³¹

A Lei nº 10.216/2001 prevê os casos de internação voluntária, involuntária e compulsória,³² nos artigos 6º ao 9º. A internação, mesmo que consentida, somente poderá ser “realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º), devendo ser autorizada nos dois primeiros casos por médico registrado no CRM. Na hipótese de internação voluntária, o paciente deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento, devendo o término da internação se dar por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. A internação psiquiátrica involuntária, nos termos do §1º do art. 8º, deverá ser comunicada ao Ministério Público Estadual, no prazo de setenta e duas horas, pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo o mesmo procedimento ser adotado no caso de alta. O seu término ocorre com a solicitação por escrito do familiar, ou responsável legal, ou quando determinada pelo médico especialista.³³ Por sua vez, a internação compulsória é determinada pelo juiz competente que deverá levar em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e dos funcionários.

³¹ “[...] nos termos do atual posicionamento desta Corte, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 (trinta) anos” (BRASIL, 2012).

³² A internação domiciliar não é uma modalidade admitida em nosso ordenamento, tendo em vista que o artigo 6º da Lei nº 10.216/2001, somente prevê a internação, insista-se, voluntária, involuntária e compulsória. Neste sentido, se defende que ainda que seja cientificamente indicada ou consensualmente admitida pela prática médica, tal medida afronta a lei.

³³ Sobre a responsabilidade civil do médico-psiquiatra a respeito da internação ou não de paciente potencialmente suicida, permita-se remeter a ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Orgs.). *Responsabilidade civil de profissionais liberais*. 1ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 79-123.

Apesar dos parâmetros legais que autorizam a internação psiquiátrica em cada uma das modalidades legalmente previstas, é de todo indispensável frisar que o objetivo central da lei é proteger a pessoa com transtorno mental contra qualquer forma de discriminação, abuso ou exploração, promovendo sua inclusão no meio social, enfatizando a lógica da desospitalização.

3 DIÁLOGOS INCLUSIVOS E EMANCIPATÓRIOS DOS ESTATUTOS PROTETIVOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL E/OU INTELECTUAL

Com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), os comandos da Lei nº 10.216 foram reforçados e aprofundados, uma vez que a dignidade, a autonomia e a inclusão social são seus vetores nucleares. Não houve revogação dessa lei por aquela, e muito menos inconstitucionalidade com a internalização da Convenção. Com efeito, as normas constitucionais e o EPD, que hoje se configura como estatuto normativo geral inclusivo das pessoas com deficiência, permitem uma interpretação revigorada e ampliam as suas fronteiras de aplicação.

A rigor, o campo de incidência da lei antimanicomial é mais amplo do que o EPD, uma vez que não há de se confundir pessoa com deficiência³⁴ mental ou intelectual³⁵ com as pessoas

³⁴ “Consideremos, em primeiro lugar, a questão do vocábulo deficiência. Sem dúvida alguma, a tradução correta das palavras (respectivamente, em inglês e espanhol) ‘disability’ e ‘discapacidad’ para o português falado e escrito no Brasil deve ser deficiência. Esta palavra permanece no universo vocabular tanto do movimento das pessoas com deficiência como dos campos da reabilitação e da educação. Trata-se de uma realidade terminológica histórica. Ela denota uma condição da pessoa resultante de um impedimento (“impairment”, em inglês). Exemplos de impedimento: lesão no aparelho visual ou auditivo, falta de uma parte do corpo, déficit intelectual. O termo “impairment” pode, então, ser traduzido como impedimento, limitação, perda ou anormalidade numa parte (isto é, estrutura) do corpo humano ou numa função (isto é, funções fisiológicas) do corpo, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), aprovada pela 54ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde em 22 de maio de 2001. Segundo a CIF, as funções fisiológicas incluem funções mentais. O termo anormalidade é utilizado na CIF estritamente para se referir a uma variação significativa das normas estatísticas estabelecidas (isto é, como um desvio da média da população dentro de normas mensuradas) e ele deve ser utilizado somente neste sentido” (SASSAKI, 2005, p. 9).

³⁵ “Agora, um comentário sobre os vocábulos deficiência mental e deficiência intelectual. Ao longo da história, muitos conceitos existiram e a pessoa com esta deficiência já foi chamada, nos círculos acadêmicos, por vários nomes: oligofrênica; cretina; tonta; imbecil; idiota; débil profunda; criança subnormal; criança mentalmente anormal; mongolóide; criança atrasada; criança eterna; criança excepcional; retardada mental em nível dependente/custodial, treinável/adestrável ou educável; deficiente mental em nível leve, moderado, severo ou profundo (nível estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, 1968); criança com déficit intelectual; criança com necessidades especiais; criança especial etc. Mas, atualmente, quanto ao nome da condição, há

“portadoras de transtorno mental”.³⁶ Primeiro, merece registro a impropriedade do termo “portador”, que se refere à lógica da normalização, “reparação”, que sob o manto do modelo social hoje adotado já não se mantém como apropriado. Em segundo lugar, nem todas as pessoas com transtorno mental necessariamente são pessoas com deficiência mental ou intelectual. O EPD exige para a definição de pessoa com deficiência o impedimento de longa duração que obstrui sua plena e efetiva participação na sociedade em paridade de condições com as demais pessoas em razão das barreiras sociais impostas (art. 2º). Tanto é assim que hoje o discurso psiquiátrico procura distanciar os conceitos de “doença mental”, “transtorno mental” e “deficiência intelectual”,³⁷ contudo, não é rara sua associação.

uma tendência mundial (brasileira também) de se usar o termo deficiência intelectual, com o qual concordo por duas razões. A primeira razão tem a ver com o fenômeno propriamente dito. Ou seja, é mais apropriado o termo intelectual por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo. A segunda razão consiste em podermos melhor distinguir entre deficiência mental e doença mental, dois termos que têm gerado confusão há vários séculos. [...] Há cinco décadas, especialistas se preocupam em explicar a diferença que existe entre os fenômenos deficiência mental e doença mental [...]. Pois são termos parecidos, que muita gente pensa significarem a mesma coisa. Então, em boa hora, vamos separar os dois construtos científicos. Também no campo da saúde mental (área psiquiátrica), está ocorrendo uma mudança terminológica significativa, que substituí o termo doença mental por transtorno mental. Permanece, sim, o adjetivo mental (o que é correto), mas o grande avanço científico foi a mudança para transtorno. Em 2001, o Governo Federal brasileiro publicou uma “lei sobre os direitos das pessoas com transtorno mental” (Lei nº 10.216, de 6/4/01), na qual foi utilizada exclusivamente a expressão transtorno mental. Aqui também se aplica o critério do número: pessoa(s) com transtorno mental e não pessoa(s) com transtornos mentais, mesmo que exista várias formas de transtorno mental. Segundo especialistas, o transtorno mental pode ocorrer em 20% ou até 30% dos casos de deficiência intelectual (Marcelo 3 Gomes, “O que é deficiência mental e o que se pode fazer?”, s/d, p.7), configurando-se aqui um exemplo de deficiência múltipla. Hoje em dia cada vez mais se está substituindo o adjetivo mental por intelectual. A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde realizaram um evento (no qual o Brasil participou) em Montreal, Canadá, em outubro de 2004, evento esse que aprovou o documento DECLARAÇÃO DE MONTREAL SOBRE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL. Observe-se que o termo intelectual foi utilizado também em francês e inglês. [...] A propósito, uma influente organização espanhola mudou seu nome, conforme notícia publicada em 2002: “Espanha – Resolução exige a substituição do termo deficiência mental por deficiência intelectual. A Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Mental aprovou por unanimidade uma resolução substituindo a expressão “deficiência mental” por “deficiência intelectual”. Isto significa que agora a Confederação passa a ser chamada Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Intelectual (Confederación Española de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad Intelectual)” (SASSAKI, 2005, p. 9-10).

³⁶ Apesar da preferência pelo uso da expressão “pessoas com transtorno mental”, sem o uso do termo “portador”, se optou por seguir a locução utilizada pelo legislador neste trabalho.

³⁷ “O termo retardo mental foi usado no DSM-IV. No entanto, deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é o termo que passou a ser de uso comum nas duas últimas décadas entre profissionais da Medicina, de Educação e outros profissionais e pelo público leigo e grupos de apoio. Os critérios diagnósticos enfatizam a necessidade de uma avaliação tanto da capacidade cognitiva (quociente de inteligência – QI) quanto do funcionamento adaptativo. A gravidade é determinada pelo funcionamento adaptativo, e não pelo escore do QI. [...] As características essenciais da deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) incluem déficits em capacidades mentais genéricas (critério A) e prejuízo na função adaptativa diária na comparação com indivíduos pareados para idade, gênero e aspectos socioculturais (critério B). [...] O diagnóstico de deficiência intelectual baseia-se tanto em avaliação clínica quanto em testes padronizados das funções adaptativa e intelectual” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Desse modo, fundamental compreender a importância da Lei da Reforma Psiquiátrica no contexto mais amplo de afirmação dos direitos humanos das pessoas com doenças mentais e como importante marco jurídico no movimento de desospitalização, em diálogo permanente com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, em especial nos casos de pessoas com deficiência mental e/ou intelectual em razão de transtornos mentais, sempre à luz da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Nesse cenário, em diversas situações, as referidas leis devem atuar de forma complementar, embora não haja necessariamente coincidência de campos de aplicação.

A Lei de Saúde Mental, como igualmente é conhecida a Lei n. 10.216/2001, constituiu importante passo rumo à humanização do tratamento conferido às pessoas com transtornos mentais, ao assegurar seus direitos e estabelecer um modelo assistencial que abandonou o referencial hospitalocêntrico. A rigor, diante da pluralidade de fontes normativas em vigor na seara da saúde mental, indispensável afirmar que a legislação infraconstitucional está subordinada aos ditames das normas constitucionais, informada pelo exame de convencionalidade imposto pela CDPD, bem como devem ser confrontadas com outros Tratados Internacionais sobre Direito Humanos, como, por exemplo, a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis (BRASIL, 1991) e a Convenção Americana de Direito Humanos (Pacto de San José da Costa Rica) (BRASIL, 1992).

Em perspectiva unitária, o conjunto de fontes normativas de índole constitucional e infraconstitucional a respeito dos direitos das pessoas com deficiência psíquica devem ser lidos e interpretados a partir das premissas da inclusão social, da não-discriminação, da igualdade substancial e de uma vida com autonomia e dignidade.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de que a deficiência é puramente um fenômeno biológico e com características universais é uma construção histórico-cultural. A deficiência está relacionada com o próprio padrão de normalidade determinado por processos de poder, evidenciando a inegável historicidade na definição do indivíduo deficiente. A rigor, cada sociedade por meio de mecanismos de poder determina o paradigma de normalidade a partir de convenções sociais que condicionam o destino dos normais, mas, sobretudo, dos anormais e patológicos, que por

se desviarem do modelo aceito socialmente acabam excluídos da vida em comunidade. Uma estrutura social que discrimina, oprime e exclui por não compreender que a diferença constitui a condição humana.

A ascensão do modelo social da deficiência rompe com o passado de silêncio e descortina a responsabilidade da sociedade no enfrentamento da questão. A deficiência é um problema social, na medida em que a opressão a um corpo com impedimentos é que gera as barreiras. As causas da deficiência não são religiosas, nem somente médicas, mas são predominantemente sociais. Por essa razão, a CDPD deve ser considerada um marco histórico na evolução da abordagem da deficiência, ao configurá-la sob perspectiva inédita como uma questão de direitos humanos e com a adoção do modelo social, cujo efeito imediato consiste em promover a inversão na apreciação da deficiência, que deixa de ser uma questão unilateral, do indivíduo, para ser pensada como relação bilateral, na qual a sociedade torna-se efetivamente protagonista, com deveres jurídicos a cumprir. Na linha da CDPD, fica claro ser a deficiência resultante da interação entre um impedimento pessoal e uma barreira existente na sociedade, como se constata do art. 2º, da Lei 13.146/2015.

Nessa linha, o reconhecimento social é um fator indispensável a ser considerado no processo de inclusão social das pessoas com deficiência, assumindo um papel indeclinável no combate à discriminação. Necessário, portanto, que a sociedade reconheça as pessoas com deficiência como iguais em respeito e consideração, sujeitos independentes e com voz para interação com outros parceiros na sociedade, em simetria de oportunidade, para alcançar o reconhecimento desejado e desenvolverem livremente sua personalidade de acordo com seu projeto pessoal de plena realização existencial. Por conseguinte, sem o reconhecimento social há o risco de as normas protetivas assumirem feição meramente programática, impedindo a concretização do modelo social e a efetivação dos direitos humanos fundamentais da pessoa com deficiência.

Indispensável, portanto, à luz das provisões explícitas da CDPD, observar que os direitos das pessoas com deficiências hoje consubstanciam nova fronteira em prol da pauta dos direitos humanos, inaugurando significativas mudanças no reconhecimento da autonomia no contexto da interdependência, a assistência para os direitos, a afirmação da igualdade substancial e, sobretudo, que a deficiência é parte da experiência humana. Desse modo, no contexto da proteção das vulnerabilidades, a CDPD representa não apenas um documento que

informa os direitos das pessoas com deficiência, mas seu espírito e gramática normativa inovadora contribui indubitavelmente para a promoção e efetivação dos direitos humanos em geral.³⁸

É a partir desses inafastáveis vetores que a interpretação da legislação infraconstitucional na experiência brasileira a respeito da tutela das pessoas com deficiência psíquica deve ser encarada. Cabem aos intérpretes uma leitura conjugada e harmônica entre, especialmente, a Lei da Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Pessoa com Deficiência a partir dos comandos dos direitos humanos previstos na inovadora tábua estampada na CDPD, bem como de outras Convenções Internacionais que informam a emancipatória e inclusiva tutela dos integrantes desse grupo historicamente vulnerabilizado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Responsabilidade civil dos profissionais liberais no campo da saúde mental: direitos e deveres de psiquiatras e psicólogos. In: BODIN DE MORAES, Maria Celina; GUEDES, Gisela Sampaio da Cruz (Orgs.). **Responsabilidade civil de profissionais liberais**. 1ed. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

ALMEIDA, Vitor. **A capacidade civil das pessoas com deficiência e os perfis da curatela**. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

_____. Reforma psiquiátrica e epistemologia. In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr., 2009 (CD-ROM).

³⁸ “É importante observar que a CDPD é um instrumento de direitos humanos e, portanto, uma lei universal. Embora as provisões explícitas da CDPD enunciem os direitos de pessoas com deficiências, a filosofia que informa esses direitos, assim como o procedimento seguido para se chegar ao texto da convenção, não podem se limitar apenas à deficiência. Desse modo, a CDPD pode ser apresentada como o membro mais recente da família do direito internacional dos direitos humanos. Nesse sentido, é necessário obter familiaridade com ela não somente para compreender o que ela promete às pessoas com deficiências, mas também compreender sua contribuição para a jurisprudência dos direitos humanos em geral” (DHANDA, 2008, p. 44).

_____. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. In: **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online], 1994, v. 1, n. 1.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Trad. de Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*; revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli *et al.* 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula; KIEFER, Sandra Filomena Wagner. Modelo social de abordagem dos direitos humanos das pessoas com deficiência. In: MENEZES, Jocyene Bezerra de (org.). **Direito da pessoa 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.

BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA JUNIOR, Vitor de Azevedo. Reconhecimento e inclusão das pessoas com deficiência. In: **Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil**, Belo Horizonte, v. 13, p. 17-37, jul./set., 2017.

BEVILÁQUA, Clovis. **Código Civil dos Estados Unidos do Brasil Comentado**. v. 1, 10. ed., atual. por Achilles Bevilacqua. Rio de Janeiro: Editora Paulo de Azevedo Ltda., 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 23/02/2021.

_____. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 22/02/2021.

_____. **Decreto n. 40, 15 de novembro de 1991**. Promulga a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Diário Oficial da União, Brasília, 15 nov. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0040.htm>. Acesso em 23/02/2021.

_____. **Decreto n. 678, 6 de novembro de 1992.** Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Diário Oficial da União, Brasília, 06 nov. 1992. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm>. Acesso em 22/02/2021.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, 11 jan. 2002. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>. Acesso em: 23/02/2021.

_____. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 11/07/1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>. Acesso em: 23/02/2021.

_____. **Lei de 16 de dezembro de 1830,** manda executar o Código Criminal. Coleção de leis anuais do Brasil. Rio de Janeiro, 16/12/1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acesso em: 23/02/2021.

_____. **STJ. Habeas Corpus n. 208.336 – SP,** Rel. Min. Laurita Vaz, julg. 20 mar. 2012, publ. 29 mar. 2012. Disponível em: <<https://www.stj.jus.br>>. Acesso em 19 mar. 2020.

COSTA E SILVA, José da. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil.** São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1930.

DHANDA, Amita. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. In: **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, a. 5, n. 8, São Paulo, jun., 2008.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil:** censo 2011. Brasília: LetrasLivres e Editora Universidade de Brasília, 2013.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da *anormalidade*: psiquiatria e controle social. In: **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 3, nov. 1998-fev. 1999.

SCOREL, Manoel Clementino de Oliveira. **Código Penal Brasileiro.** vol. I, São Paulo: Duprat e comp., 1905.

FILGUEIRAS-JR., Araújo. **Código Criminal do Império do Brasil**. Rio de Janeiro: Casa dos editores proprietários Eduardo & Henrique Laemmert, 1876.

FONSECA, Ricardo Marcelo. A cultura jurídica brasileira e a questão da codificação civil no século XIX. In: **Revista da Faculdade de Direito da UFPR**, Curitiba, n. 44, p. 61-76, 2006.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREIRE, Milciades Mario de Sá. **Manual do Código Civil Brasileiro**. Parte Geral. V. II, Rio de Janeiro: Jacintho Ribeiro dos Santos Editor, 1930.

FREITAS, Augusto Teixeira. **Esboço do Código Civil**. Brasília: Ministério da Justiça, Fundação Universidade de Brasília, 1983.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história: Pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2015.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. In: **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/tx6gNG9GDzdh8wLcj3DW9px/?lang=pt>>. Acesso em 22/02/2021.

PACHECO, Maria Theresa de Medeiros. Nina Rodrigues e o Direito Civil Brasileiro. In: **Gazeta Médica da Bahia**, nº 76, supl. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/297/287>>. Acesso em: 25/02/2021.

PEREIRA Mário Eduardo Costa. Morel e a questão da degenerescência. In: **Revista latino-americana de psicopatologias fundamentais**, vol. 11, n. 3, São Paulo, set., 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/z7jd4V4RsPPDddy5KzHzCJb/?lang=pt>>. Acesso em: 30/03/2021.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de direito civil**. v. I, 27. ed., Rio de Janeiro: Forense, 2014.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 2, Rio de Janeiro, maio/ago., 2002. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Kd7b5QmLDPGkZwJMQ4wPCpP/abstract/?lang=pt>>.
 Acesso em 03/03/2021.

PRADO, Alessandra Mascarenhas; SCHINDLER, Danilo. A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. In: **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 13, n. 2, maio/ago., 2017. Disponível em: <
[RODRIGUES, Nina. **O alienado no direito civil brasileiro**. 3. ed., São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1939.](https://www.scielo.br/j/rdgv/a/KGgqPYqS3hJqswcJK6PgzvD/abstract/?lang=pt#:~:text=and%20SCHINDLER%2C%20Danilo,-,A%20medida%20de%20seguran%C3%A7a%20na%20contram%C3%A3o%20da%20Lei%20de%20Reforma,Rev.&text=Faz%2Dse%20necess%C3%A1rio%20refletir%20sobre,e%20Tratamento%20Psiqui%C3%A1trico%20(HCTP).> . Acesso em 05/04/2021.</p>
</div>
<div data-bbox=)

SANTOS, João Manuel de Carvalho. **Código Civil brasileiro interpretado principalmente do ponto de vista prático**. v. 1 (arts. 1-42). 12. ed., Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1980.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? In: **Revista Nacional de Reabilitação**, ano IX, n. 43, mar./abr., 2005. Disponível:
 <https://acessibilidadecultural.files.wordpress.com/2011/09/atualizac3a7c3b5es-semc3a2nticas-na-inclusc3a3o-de-pessoas_-deficic3aancia-mental-ou-intelectual_-doenc3a7a-ou-transtorno-mental_.pdf> . Acesso em: 03/03/2021.

SOARES, Oscar de Macêdo. **Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro: Livraria Garnier, 1908.