

SHEILA REGINA MATOS DE AZEREDO

**"A CONQUISTA DA AUTONOMIA DO DEPENDENTE QUÍMICO COM O
ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: A PERDA DE UMA
CHANCE?"**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense (UFF), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional.

Linha de Pesquisa: Instituições Políticas, Administração Pública e Jurisdição Constitucional.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Célia Barbosa Abreu

Niterói

2017

**Universidade Federal Fluminense
Superintendência de Documentação
Biblioteca da Faculdade de Direito**

A993 Azeredo, Sheila Regina Matos de
A conquista da autonomia do dependente químico com o Estatuto da Pessoa Com Deficiência: a perda de uma chance?/ Sheila Regina Matos de Azeredo – Niterói, 2017.
126 f.

Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Direito Constitucional) – Universidade Federal Fluminense, 2017.

1. Direito constitucional. 2. Direitos fundamentais 3. Pessoa com deficiência. 4. Dignidade da pessoa humana. 5. Autonomia. I. Universidade Federal Fluminense. Faculdade de Direito, Instituição responsável II. Título.

CDD 341.27

SHEILA REGINA MATOS DE AZEREDO

**"A CONQUISTA DA AUTONOMIA DO DEPENDENTE QUÍMICO COM O
ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: A PERDA DE UMA
CHANCE?"**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito Constitucional da Universidade Federal Fluminense (UFF), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito Constitucional.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Célia Barbosa Abreu
Universidade Federal Fluminense

Prof^ª. Dr^ª. Helena Elias Pinto
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Benedicto de Vasconcellos Luna Gonçalves Patrão
Centro Universitário La Salle do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, luz de meu caminho, por ter me dado a graça de chegar até aqui.

Agradeço aos meus pais, Ivo Azeredo (in memoriam) e Lila Matos de Azeredo, pelo amor a mim dedicado, ensinando-me os verdadeiros valores da vida.

Agradeço a minha orientadora Célia Barbosa Abreu, a quem considero uma grande amiga, que com os seus profundos conhecimentos, me ajudou a vencer o desafio de escrever esta dissertação.

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Ivo Azeredo (in memoriam) e Lila Matos de Azeredo, por tudo que fizeram por mim. Enquanto viva estiver, nunca os esquecerei.

RESUMO

A presente dissertação tem como objetivo identificar a situação social e jurídica do dependente químico hoje, descobrindo se a disciplina jurídica vigente consegue garantir sua tutela inclusiva ou, ao revés, traz o retrocesso para este indivíduo. Trabalha-se com os direitos fundamentais, especialmente, os direitos à igualdade e autonomia, mediante a análise da situação sócio-jurídica dos dependentes químicos frente à Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência, no contexto de um direito pátrio constitucionalizado. Leva-se em conta também a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, os quais alçaram o *status* de Emenda Constitucional, nos termos do art 5º, parágrafo 3º da Constituição Cidadã. Nesse sentido, relembra-se que a dignidade da pessoa humana corresponde ao fundamento do princípio do Estado de Direito e vincula toda a prática existente em torno do dependente químico. O Estatuto da Pessoa com Deficiência altera os artigos 3º e 4º do Código Civil, retira da condição de incapazes as pessoas com deficiência intelectual e mental, porém mantém o dependente químico na condição de relativamente incapaz. Há, portanto, que se discutir se esta diretriz não corrobora, na prática, para a discriminação de um sujeito alvo de discriminação de longa data. Trata-se de pesquisa teórica, com levantamento documental e, ainda, histórica. Para tanto, é feito uso dos seguintes procedimentos metodológicos: dialético, coleta de jurisprudência, histórico e indutivo.

Palavras chaves: Dependente químico - Direitos Fundamentais - Autonomia -Dignidade da pessoa humana - Pessoa com deficiência

ABSTRAT

The following dissertation has the purpose to identify the social and legal status of a drug addicted today, trying to identify weather the current legal matter is able to permit it's guard ship, or as a setback, granting otherwise a backfire for the individual. We have as a basis, the fundamental right, specially the rights to equal autonomy, with a previous analyses of the social and legal situation of the drug addicted, in association with the Brazilian Law of People with deficiency, in the context of a patriot right of the constitution. Also taking into consideration the International Convention about the rights of people with a deficiency and its optional protocol, which has reached the status of constitutional amendment, in the terms of the fifth article, third paragraph of the citizen constitution. In this sense, it is remembered that the human dignity of a person corresponds to the fundamental principle of State of Law and it is entailed all its existing practice towards the drug addicted. A person's bylaw with deficiency alters the articles 3 and 4 of the Civil law, retrieving the condition of incapability from the people with intellectual and metal deficiency, although it keeps the Drug Addicted in the condition of relatively incapable. However, it has to be argued if this policy is not underpinned, in practice, to the discrimination of a given person and it is subjected to prejudice in the long hall. This research is based on theory, with documental findings, and also historical. For it, it was made the use of the following methodological procedures: Dialectal. Collection of jurisprudence, historical and intuitive.

Key words: Drug Addicted – Fundamental rights – Autonomy – a person's human Dignity – person with deficiency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1. O CUIDADO JURÍDICO DAS PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	11
1.1 <i>O dependente químico como portador de transtorno mental</i>	11
1.2 <i>O dependente químico como pessoa com deficiência no cenário internacional</i>	17
1.3 <i>A disciplina jurídica da pessoa com dependência química no Brasil</i>	31
2. O DEPENDENTE QUÍMICO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	47
2.1 <i>Notas preliminares sobre a violação dos direitos humanos nos hospícios</i>	47
2.2 <i>A Reforma Psiquiátrica: acertos e desacertos</i>	58
2.3 <i>O dependente químico e sua internação involuntária</i>	70
3. O DEPENDENTE QUÍMICO NA PERSPECTIVA DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	78
3.1 <i>A autodeterminação (ou o princípio da autonomia privada) no Estatuto da Pessoa com Deficiência</i>	78
3.2 <i>O legislador do Estatuto da Pessoa com Deficiência e a perda de uma chance de resgate e promoção da dignidade do dependente químico</i>	95
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS	113

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objeto o estudo da autonomia do dependente químico após o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Trata-se de tema atual e de inequívoca relevância social, visto que a ordem constitucional brasileira exige seja respeitada a condição humana de todos, sem discriminação, dos mais sãos aos mais débeis, dos mais centrados aos mais desnorteados, porém a forte estigmatização do dependente químico dificulta, ou mesmo impossibilita, sua plena (re)inserção no convívio social.

A dignidade da pessoa humana corresponde a um dos fundamentos do Estado de Direito e vincula toda a prática existente em torno da situação do dependente químico. Na atual dimensão do quadro de vício na sociedade brasileira, é inequívoco o interesse social existente nesta pesquisa, com aspectos não somente acadêmicos, mas também práticos, sendo a problematização da tutela do dependente químico uma questão necessária. A doutrina aponta que, juntos, distúrbios e transtornos mentais e neurológicos relacionados ao uso de substâncias são responsáveis por 13% da carga total de doença a nível mundial.

É importante esclarecer, inicialmente, que o uso do termo "portador de transtorno mental" para classificar o dependente químico é devido a sua utilização pelos mais importantes sistemas classificatórios existentes, que são a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), da Organização Mundial de Saúde, e o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), da Associação Psiquiátrica Americana, nos quais encontram-se registrados todos os casos de transtornos mentais.

Cabe ressaltar, no entanto, que nos dias atuais, de fato, falar em *portador*, quer de transtorno mental ou de deficiência, é passível de crítica, considerando que passou a ser entendido que ninguém carrega um mal, seja de ordem mental ou mesmo uma deficiência. Ele pode ser inato ao indivíduo ou adquirido no decorrer de sua vida. Considerando que o Estatuto da Pessoa com Deficiência faz referências às pessoas com e não "portadoras" de deficiência, se poderia aqui utilizar-se a expressão pessoa com transtorno mental, o que, entretanto, não é feito pelo motivo ora esclarecido.

A dependência química está presente em vários países no mundo, estando, segundo a Organização Mundial da Saúde, entre as vinte causas mais significativas de deficiência. O enfrentamento dessa problemática exige políticas públicas a curto, médio

e longo prazos, que envolvam o tratamento tanto de caráter médico, como também ao que diz respeito à cidadania destes indivíduos.

Em janeiro de 2016 entrou em vigência a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/15, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência. Essa lei constitui uma quebra de paradigma na concepção de pessoa com deficiência até então existente, e tem como ponto central o exercício de direitos desse grupo de indivíduos em igualdade de condições com as demais pessoas.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento *de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas*. Na análise deste conceito, surgem as seguintes indagações:

1) todos os indivíduos portadores de transtornos mentais estariam contemplados pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência ou somente os deficientes intelectuais e mentais?

2) Sendo o dependente químico classificado como portador de transtorno mental, estaria ele amparado pelos direitos previstos no Estatuto da Pessoa com Deficiência?

3) O dependente químico poderia ser considerado pessoa com deficiência?

As respostas a essas perguntas são fundamentais para identificar a situação social e jurídica do dependente químico na atualidade, objeto do presente trabalho, descobrindo se a disciplina jurídica vigente consegue garantir uma tutela inclusiva do dependente químico ou ao revés traz o retrocesso para questão. Tornou-se importante identificar também qual o andamento atual das políticas públicas de saúde mental no que se refere ao dependente químico que assegurem a efetividade de seus direitos constitucionais.

A hipótese a ser investigada é a de que o Estatuto da Pessoa com Deficiência incorreu no retrocesso na questão da tutela jurídica do dependente químico, ao pressupor que ébrios habituais e viciados em tóxicos são relativamente incapazes. O art. 4º, III, do Código Civil/02, alterado pela Lei 13.146/15, se utiliza atualmente do critério da autonomia como aquele determinante para que se possa declarar relativamente incapaz um sujeito. Dessa forma, manter os ébrios habituais e os viciados em tóxicos como relativamente incapazes (inciso II do CC/02) colaborou para que persista o

estigma social sobre tais indivíduos, que muitas vezes podem ser ou estar detentores de sua autonomia, o que fere sua dignidade como pessoa humana.

O trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro versa sobre “O cuidado jurídico das pessoas com dependência química”, começando pelo estudo do dependente químico como pessoa portadora de transtorno mental, passando pela abordagem da deficiência no cenário internacional e finalizando com a disciplina jurídica da pessoa com dependência química no Brasil.

O segundo capítulo é dedicado ao estudo do “O Dependente Químico e a Reforma Psiquiátrica”, trazendo em primeiro lugar as violações dos direitos humanos ocorridos nos hospícios no Brasil. Em seguida falar-se-á sobre a Reforma Psiquiátrica: acertos e desacertos, finalizando com os aspectos constitucionais da internação involuntária do dependente químico.

O terceiro capítulo foi dedicado ao “Dependente Químico na Perspectiva do Estatuto da Pessoa com Deficiência”, abordando primeiramente a autodeterminação desse sujeito no citado Estatuto e, posteriormente, a chance de resgate e promoção da dignidade do dependente químico na citada norma.

A presente pesquisa trabalhou com as categorias direitos fundamentais e autonomia na análise da situação jurídica do dependente químico frente à lei brasileira de inclusão, partindo da primeira normativa sobre o tratamento jurídico desses sujeitos até as atuais legislações.

O trabalho é de cunho jurídico sem perder de vista os aspectos sociais e foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica com levantamento bibliográfico, leitura e fichamento. O levantamento bibliográfico foi realizado mediante fontes secundárias, livros, periódicos, artigos, produções científicas de autores que abordam a tutela jurídica do dependente químico, e ainda levantamento, leitura e análise de jurisprudências sobre o tema; coleta de dados em sites institucionais. Foram considerados os preceitos legais, a doutrina, a jurisprudência, as políticas de saúde pública e as práticas que efetivamente se deram e se dão na realidade até o advento da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e posteriormente a ela.

1. O CUIDADO JURÍDICO DAS PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1.1 O dependente químico como portador de transtorno mental

O uso de substâncias psicoativas é uma prática milenar e presente em diversos países. "A dependência de substâncias é um transtorno que envolve os sistemas motivacionais do cérebro."^{1 2} Segundo a Organização Mundial de Saúde, "as substâncias psicoativas, mais comumente conhecidas como drogas psicoativas, são as que, quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais."^{3 4} O homem sempre se utilizou de mecanismos para aumentar o seu prazer e amenizar a sua dor, e com o uso de determinadas substâncias procurava, e ainda procura, alcançar esses intentos. A cocaína, por exemplo, "é consumida pela humanidade há 5000 anos. Até hoje, a população dos Andes permanece com o hábito de mascar as folhas de coca para amenizar o sono, a fome e o cansaço."⁵

A diversidade das substâncias utilizadas vai depender do momento histórico e das condições econômicas em que o sujeito está inserido, visto que além da pré-

¹ Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 19.

² Segundo a Organização Mundial da Saúde, a dependência não foi reconhecida previamente como um transtorno cerebral, do mesmo modo que as doenças psiquiátricas e mentais não eram anteriormente vistas como resultado de um transtorno do cérebro. Entretanto, com os avanços recentes da neurociência, está claro que a dependência é um transtorno do cérebro como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica. Novas tecnologias e pesquisas forneceram meios de visualizar e medir mudanças em funções cerebrais, desde os níveis moleculares e celulares até alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o uso de substâncias a curto e a longo prazos. Fonte: Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 36.

³ Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 1.

⁴ Segundo a Organização Mundial de Saúde, o uso dessas substâncias é definido em três categorias de acordo com seu *status* sociolegal: categoria de medicações; categoria de uso ilegal ou ilícito e categoria de consumo legal ou lícito, qualquer que seja o propósito do consumidor. Esses propósitos podem ser muito variados e não estão necessariamente ligados às propriedades psicoativas da substância. Por exemplo, uma bebida alcoólica pode ser usada como alimento, ou para aquecer ou esfriar o corpo, ou para matar a sede; ou pode ter uma função simbólica em um brinde, ou como sacramento. Entretanto, qualquer que seja o propósito do uso, as propriedades psicoativas da substância inevitavelmente a acompanham. Fonte: Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 2.

⁵ Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack / Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011, p. 21.

disposição individual, fatores sócio-culturais são decisivos para esse tipo de comportamento. No entanto, "determinados padrões de consumo podem ser altamente disfuncionais, acarretando prejuízos biológicos, psicológicos e sociais."⁶

Embora, a drogadição data de tempos longínquos, "[...] somente a partir da segunda metade do século passado o conceito de dependência deixou de ser focado como um desvio de caráter, ou apenas como um conjunto de sintomas, para ganhar contornos de transtorno mental [...]."⁷ O primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM, publicado em 1952⁸, a partir da descrição dos *distúrbios cerebrais crônicos*, identifica a *Síndrome cerebral crônica associada à intoxicação*, da qual fazem parte, entre outras substâncias, as drogas e o álcool.^{9 10}

É importante esclarecer que a "dependência de substância – ou síndrome de dependência – é atualmente a terminologia técnica para o conceito de *adição*,"¹¹ ressaltando-se que "no centro desse conceito está a idéia de que o controle ou a volição do usuário sobre o uso de drogas foi perdido ou prejudicado."¹² Nesse sentido, o usuário não tem mais o controle desse hábito, fazendo uso da droga mesmo sabendo de suas consequências adversas. A palavra *adição* é comumente usada em vários países para descrever problemas graves relacionados ao uso compulsivo e habitual de substâncias, porém o DSM V não a utiliza como termo de diagnóstico em sua classificação "em razão de sua definição vaga e de sua conotação potencialmente negativa."¹³ O termo

⁶ RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 7

⁷ PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Revista Teoria e Pesquisa. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 208.

⁸ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*).

⁹ Diagnostic And Statistical Manual Mental Disorders - 1952, p. 20.

¹⁰ Segundo o DSM - 1952, no grupo Síndrome crônica do cérebro associada com intoxicação estavam classificadas as reações orgânicas crônicas que permaneciam após insulto tóxico ao cérebro por agentes como chumbo, arsênio, mercúrio, monóxido de carbono, gás de iluminação, drogas diversas e álcool. Diagnostic And Statistical Manual Mental Disorders - 1952, p. 20.

¹¹ Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 12.

¹² Idem, p. 12

¹³ DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 485.

transtorno por uso de substância, por sua vez, é utilizado por ser mais *neutro* e "descrever a ampla gama do transtorno, desde uma forma leve até um estado grave de recaídas crônicas de consumo compulsivo de drogas."¹⁴

Além de critérios médicos, interferem no conceito de *transtorno*, fatores sociais, culturais, políticos e jurídicos, não havendo dessa forma, um consenso quanto a sua definição.¹⁵ Apesar dessa problemática, o termo transtorno é utilizado pelos mais importantes sistemas classificatórios existentes, que são a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), da Organização Mundial de Saúde, e o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), da Associação Psiquiátrica Americana, nos quais encontram-se registrados todos os casos de doença mental.^{16 17}

A principal característica de um transtorno por uso de substância "consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância."^{18 19} Os transtornos causados por esse comportamento podem não se restringir a apenas aos provocados pelo uso de substâncias psicoativas, visto que o seu uso "aumenta a chance de outros transtornos mentais, podendo mimetizar, atenuar

¹⁴ DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 485.

¹⁵ ABREU, Célia Barbosa. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015, p. 28

¹⁶ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

¹⁷ Segundo a Organização Mundial de Saúde, "La definición de "trastorno mental" adoptada por la legislación nacional depende de muchos factores. Principalmente, será el propósito de la legislación el que determine los límites exactos de esa categoría. De modo que, si la legislación tiene como objetivo principal regular el ingreso y el tratamiento involuntarios, la definición puede limitarse sólo a trastornos mentales severos. Por otro lado, si la legislación tiene como objeto conceder derechos a prestaciones, la definición de trastorno mental debe ser lo más amplia posible, de modo de extender los beneficios de la legislación a todas las personas con trastornos mentales." Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006, p. 23

¹⁸ DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 483

¹⁹ Os transtornos relacionados a substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas: álcool; cafeína; *Cannabis*; alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo- -hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos); inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). Essas 10 classes não são totalmente distintas. Todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. Fonte: DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 481.

ou piorar sintomas. No caso específico do crack, é comum sua associação a transtornos de humor, personalidade, conduta e déficit de atenção."^{20 21}

No entanto, nem todo usuário irá desenvolver a síndrome da dependência química, e, por conseguinte, apresentar transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, "[...] durante a vida muitas pessoas experimentam uma variedade de drogas potencialmente causadoras de dependência, mas a maioria não se torna dependente."²² Isto porque apenas os "[...] indivíduos com baixo nível de autocontrole, o que pode ser reflexo de deficiências nos mecanismos cerebrais de inibição, podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância [...]."²³ Os que desenvolvem a síndrome, por sua vez, em alguns casos, podem ter a origem dessa condição observada em seus comportamentos mesmo antes do uso propriamente dito da substância psicoativa.²⁴

A dependência química constitui o último estágio do uso pesado e repetido de substâncias, e seu diagnóstico na *CID-10 – Classificação Internacional de Doenças*,²⁵ atualmente em sua 10ª revisão, é feito a partir de seis critérios, sendo a síndrome de dependência química confirmada quando três ou mais sintomas tiverem sido apresentados, em algum momento do último ano do indivíduo.²⁶ Os critérios são:

1-Um desejo intenso ou sensação de compulsão para fazer uso da substância;

²⁰Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack / Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011, p. 21.

²¹ Transtornos por uso de substância, intoxicação por substância e abstinência de substância são altamente comórbidos com outros transtornos mentais. Transtorno comórbido de estresse pós- -traumático, transtornos psicóticos, transtornos depressivo e bipolar e transtornos do neurodesenvolvimento podem contribuir para prejuízo neurocognitivo em usuários de substância. Fonte: DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 631.

²² Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 51.

²³ DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 481.

²⁴ Idem, p. 481.

²⁵ A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10. Fonte: Medicina Net

²⁶ Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 13-14.

2-Dificuldades em controlar comportamentos relacionados ao uso da substância em termos de seu início, término, ou a quantidade utilizada;

3-Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, tal como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica da substância; ou o uso da mesma (ou proximamente relacionada) substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;

4-Evidência de tolerância, tal como doses maiores da substância psicoativa são necessárias para atingir o mesmo efeito originalmente produzido por doses menores;

5-Negligência progressiva de atividades prazerosas ou interesses alternativos em razão do uso da substância psicoativa, grande quantidade de tempo é necessária para obter ou consumir a substância ou se recuperar de seus efeitos; e

6-Persistir com o uso da substância apesar de evidências claras de conseqüências evidentemente danosas, como danos ao fígado em virtude da ingestão alcoólica excessiva, estados de humor depressivo em conseqüência do uso pesado de substâncias ou comprometimento das funções cognitivas relacionado à droga. Esforços devem ser feitos para determinar que o usuário esteja realmente, ou se seria esperado que estivesse, consciente da natureza e da extensão do dano.

Os Transtornos Mentais e Comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa estão discriminados no grupamento F10-F19 da CID-10, o qual compreende os *numerosos transtornos que diferem entre si pela gravidade variável e por sintomatologia diversa* relacionados ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescrita ou não por um médico.^{27 28}

O DSM V descreve o diagnóstico de um transtorno por uso de substância, a partir de um padrão patológico de comportamentos relacionados ao uso dessa

²⁷ CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos (CID – 10): Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord.: Organização Mundial de Saúde. Trad.: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 312.

²⁸ Assim se divide esse grupamento: F10.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool; F11.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos; F12.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides; F13.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos; F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína; F15.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína; F16.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos; F17.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo; F18.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis; e F19.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. Fonte: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos (CID – 10): Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord.: Organização Mundial de Saúde. Trad.: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

substância. Esse padrão é avaliado mediante "agrupamentos gerais de *baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos.*"²⁹ São quatro grupos de critérios, que irão identificar o grau de comprometimento do indivíduo, que oscila desde leve até grave, conforme a quantidade de critérios de sintomas confirmados. "Em uma estimativa geral de gravidade, um transtorno por uso de substância *leve* é sugerido pela presença de dois ou três sintomas; *moderado*, por quatro ou cinco sintomas; e *grave*, por seis ou mais sintomas."³⁰ O primeiro grupo diz respeito ao baixo controle sobre o uso da substância; no segundo grupo irá se avaliar o prejuízo social com o uso da substância; o terceiro grupo refere-se uso arriscado da substância; o quarto consiste em critérios farmacológicos.³¹

O comportamento de um indivíduo portador de transtorno mental ainda é pouco entendido pela sociedade de maneira geral, e, dessa forma, este sujeito acaba, por muitas vezes, sendo estereotipado e discriminado. O cérebro humano, por ser uma máquina complexa, possui reações únicas em cada indivíduo. "O cérebro produz comportamentos e pensamentos, transtornos do cérebro podem resultar em sintomas comportamentais altamente complexos."³² No caso específico do dependente químico essa complexidade é aumentada pelos efeitos das drogas, visto que "substâncias psicoativas podem afetar a expressão do DNA resultando em mudanças de curto e longo prazo na função neuronal e, em última análise, no comportamento."³³

Uma característica importante dos transtornos por uso de substâncias é uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode persistir após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos graves. "Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser exibidos nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados a elas."³⁴

Os indivíduos dependentes químicos, apesar de seu estado clínico que exige cuidados, "evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições, agravando os

²⁹ DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 483.

³⁰ Idem, p. 484.

³¹ Idem p. 483.

³² Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 28.

³³ Idem, p. 28.

³⁴ DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 483.

problemas de saúde"³⁵, face a forte estigmatização pela qual passam. E mesmos para aqueles que procuram um tratamento, "a adesão é baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória."³⁶

O consumo de drogas está relacionado à cultura e à época em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, "o diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio." ³⁷ É importante ressaltar que "a OMS (2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social."³⁸

1.2 O dependente químico como pessoa com deficiência no cenário internacional

A transformação dos direitos humanos vem ocorrendo de forma gradativa e lenta no contexto mundial, onde são reconhecidos e construídos conforme as mudanças sociais, políticas e econômicas verificadas. "Para Hannah Arendt, os direitos humanos não são um dado, mas um constructo, uma invenção humana, em constante processo de construção e reconstrução."³⁹

A partir da Declaração Universal dos Direitos do Homem, datada de 10 de dezembro de 1948, os direitos humanos⁴⁰ passaram a ganhar destaque no âmbito

³⁵ RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 13

³⁶ Idem, p. 13.

³⁷ PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Revista Teoria e Pesquisa. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 209.

³⁸ Idem, p. 208.

³⁹ PIOVESAN, Flavia. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Cívicos e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. São Paulo, Ano 1, n. 1, 1º semestre de 2004, p. 21

⁴⁰ Segundo Sarlet, o termo "direitos humanos" guarda relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e em todos os lugares, de tal sorte que revelam um caráter supranacional (internacional) e universal. Fonte: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 263

internacional, e também no ordenamento jurídico de muitos Estados, e a adoção de tratados e convenções se sucedeu com o objetivo de proteção a esses direitos.⁴¹

Assim, um sistema normativo internacional de proteção foi formado a partir do processo de universalização dos direitos humanos.⁴² Esse sistema é integrado por tratados internacionais de proteção numa perspectiva de consciência ética contemporânea, invocada pelo consenso internacional acerca de parâmetros mínimos de proteção (o “mínimo ético irredutível”).⁴³

Para Cançado Trindade, a partir da II Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993), onde a *legitimidade* da preocupação de toda a comunidade internacional com a promoção e proteção dos direitos humanos em todo o mundo (obrigações *erga omnes* de proteção), foi inequivocamente firmada, houve o impulsionamento do processo de *universalização* dos direitos humanos.⁴⁴

O respeito universal e a observância dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos, sem discriminação de qualquer natureza é um ideário a ser alcançado, vez que *todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos*.⁴⁵ Porém, "ao processo de expansão dos direitos humanos soma-se o processo

⁴¹ Tratados mais importantes sobre o tema *direitos humanos*:

1948 - Declaração Universal dos Direitos Humanos

1948 - Convenção para a prevenção e repressão do crime de genocídio

1965 - Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação racial

1966 - Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos

1966 - Pacto internacional dos direitos econômicos, sociais e culturais

1979 - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

1984 - Convenção contra a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes

1989 - Convenção sobre os Direitos da Criança

1990 - Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias

2001 - Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

2006 - Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo

⁴² PIOVESAN, Flavia. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Cívicos e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. São Paulo, Ano 1, n. 1, 1º semestre de 2004, p. 23-24.

⁴³ Idem, p. 24.

⁴⁴ Desafios e Conquistas do Direito Internacional dos Direitos Humanos no início do século XXI. Antônio Augusto Cançado Trindade, p. 417. Disponível em <http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/publicaciones_digital_XXXIII_curso_derecho_internacional_2006_Antonio_Augusto_Cancado_Trindade.pdf> Acessado em novembro de 2016.

⁴⁵ Declaração Universal dos Direitos Humanos - 1948, art.1º.

de especificação de sujeitos de direitos",⁴⁶ visto que a tutela da dignidade e direitos de grupos mais vulneráveis passa a ser vislumbrado como imperativo à realização da igualdade substancial, vez que, a norma em abstrato, não consegue alcançar determinados indivíduos. Nesse sentido, "faz-se necessária a especificação do sujeito de direito, que passa a ser visto em sua peculiaridade e em sua particularidade."⁴⁷ Nas palavras de Flávia Piovesan, "ao lado do direito à igualdade surge, também, como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial."⁴⁸

Buscando-se alcançar a igualdade material e substantiva, "os instrumentos internacionais que integram o sistema especial de proteção invocam uma proteção específica e concreta, que, transcendendo a concepção meramente formal e abstrata de igualdade"⁴⁹, procuram "acelerar o processo de construção da igualdade em prol de grupos socialmente vulneráveis."⁵⁰

Nessa nova perspectiva, ganha força a atenção "às pessoas e grupos particularmente vulneráveis, em necessidade especial de proteção, - o que realçou a importância do princípio básico da igualdade e não-discriminação."⁵¹ No que se refere à pessoa com deficiência, diversos documentos foram firmados em âmbito internacional objetivando sua proteção bem como a garantia de sua plena participação na vida social.^{52 53}

⁴⁶ PIOVESAN, Flavia. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Cívicos e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. São Paulo, Ano 1, n. 1, 1º semestre de 2004, p. 29

⁴⁷ Idem, p. 29.

⁴⁸ Idem, p. 29-30.

⁴⁹ DEFICIÊNCIA, Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 18

⁵⁰ Idem, p. 18

⁵¹ Desafios e Conquistas do Direito Internacional dos Direitos Humanos no início do século XXI. Antônio Augusto Cancado Trindade, p. 417. Disponível em <http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/publicaciones_digital_XXXIII_curso_derecho_internacional_2006_Antonio_Augusto_Cancado_Trindade.pdf> Acessado em novembro de 2016.

⁵² Segundo Augustina Palacios, seis tratados sobre direitos humanos das Nações Unidas oferecem grandes possibilidades de proteção jurídica às pessoas com deficiência. No entanto, especialistas no assunto afirmam que até o momento, essas normas não obtiveram êxito suficiente. São eles: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Pacto Internacional de Derechos Cívicos y Políticos de 1966, Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de 1984, Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Convención sobre la eliminación

No entanto, ressalta-se que há doutrinadores que propõem uma perspectiva integradora do direito, ao contrário de se estender *direitos especiais* a certas minorias, como é o caso de Sidney Madruga. Para ele, não se pode conceber direitos humanos especiais a grupos ou indivíduo especificamente, visto que "os direitos humanos são para todos, respeitadas as diferenças coletivas e a diversidade humana, cujo fim último é buscar, lutar, pela dignidade humana, em sentido prático, concreto e realístico."⁵⁴ Segundo o citado autor, direitos coletivos e direitos de minorias fazem parte da mesma categoria, que é a de *direitos humanos*.

Dos documentos internacionais que tratam da pessoa com deficiência, dois ganham destaque pela quebra de paradigmas quanto à concepção do que é pessoa com deficiência. São eles, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (Guatemala-1999), e a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Nova York-2007), que guardam entre si vistosa semelhança. Célia Abreu vai além ao dizer que "é possível afirmar que o propósito da Convenção Internacional (2007) nada tem de inovador. Em verdade, consiste numa continuidade de um compromisso, firmado a nível regional, no ano de 2001."⁵⁵

Ainda segundo a citada autora, as duas convenções se afinam quanto a um propósito conjunto, que é o de "[...] promover e assegurar o exercício pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas

de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1982, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1963. PALACIOS, Agustina; BARIFFI, Francisco. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Madrid: Ediciones Cinca, 2007, p. 28-29.

⁵³ Segundo o Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, as principais normas internacionais sobre direitos humanos relacionadas à saúde mental são: Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991) e Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad (Normas Uniformes, 1993). As principais normas técnicas são: Declaración de Caracas (1990); Declaración de Madrid (1996); Estándares técnicos de la OMS (1996) e Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales (1994). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006, p. 15-17. Como assinala Agustina Palacios, Es importante resaltar que aunque las normas no tienen el carácter obligatorio de una Convención, llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. PALACIOS, Agustina; BARIFFI, Francisco. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Madrid: Ediciones Cinca, 2007, p. 35.

⁵⁴ MADRUGA, Sidney. Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos: ótica da diferença e ações afirmativas. 2. ed. São Paulo:Saraiva, 2016, p. 60.

⁵⁵ABREU, Célia Barbosa. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015, p. 49

com deficiência [...]." A mudança de paradigma trazida pela Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, bem como pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência expressa a consideração da deficiência como uma questão de direitos humanos.^{56 57}

Para Agustina Palacios, a diferença entre os citados documentos reside na linguagem utilizada por eles. Nas palavras da citada autora,

A diferencia, por exemplo, de la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, cuyo lenguaje parece expresar una serie de consejos sobre políticas de desarrollo social a seguir, la Convención Internacional adopta claramente un lenguaje de derechos, establece obligaciones a los Estados Parte, e instituye garantías para su cumplimiento.⁵⁸

A Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência tem por objetivo *prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade*, tendo sido internalizada no ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001.

É um documento em nível regional americano, que "pauta o ambiente social como fator de limitação pessoal, introduzindo a equação do modelo social da deficiência com base nos direitos humanos."⁵⁹ Para alcançar os objetivos ali firmados, os Estados Partes se comprometem a tomar medidas de caráter legislativo, social,

⁵⁶ PALACIOS, Agustina; BARRIFFI, Francisco. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Madrid: Ediciones Cinca, 2007, p. 11.

⁵⁷ Para Agustina Palacios, "El modelo social se encuentra, entonces, muy relacionado con la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Se centra en la dignidad intrínseca del ser humano, y de manera accesoria —y sólo en el caso que sea necesario— en las características médicas de la persona. Sitúa al individuo en el centro de todas las decisiones que le afecten, y sitúa el centro del problema fuera de la persona —en la sociedad—." p. 23

⁵⁸ PALACIOS, Agustina. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Ediciones CINCA, 2008, p. 260.

⁵⁹ DEFICIÊNCIA, Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 27.

educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, conforme estabelecido nos arts. III e IV da citada Convenção.^{60 61}

⁶⁰ Artigo III

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

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

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

b) medidas para que os edifícios, os veículos e as instalações que venham a ser construídos ou fabricados em seus respectivos territórios facilitem o transporte, a comunicação e o acesso das pessoas portadoras de deficiência;

c) medidas para eliminar, na medida do possível, os obstáculos arquitetônicos, de transporte e comunicações que existam, com a finalidade de facilitar o acesso e uso por parte das pessoas portadoras de deficiência; e

d) medidas para assegurar que as pessoas encarregadas de aplicar esta Convenção e a legislação interna sobre esta matéria estejam capacitadas a fazê-lo.

2. Trabalhar prioritariamente nas seguintes áreas:

a) prevenção de todas as formas de deficiência preveníveis;

b) detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, educação, formação ocupacional e prestação de serviços completos para garantir o melhor nível de independência e qualidade de vida para as pessoas portadoras de deficiência; e

c) sensibilização da população, por meio de campanhas de educação, destinadas a eliminar preconceitos, estereótipos e outras atitudes que atentam contra o direito das pessoas a serem iguais, permitindo desta forma o respeito e a convivência com as pessoas portadoras de deficiência.

Artigo IV

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

1. Cooperar entre si a fim de contribuir para a prevenção e eliminação da discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência.

2. Colaborar de forma efetiva no seguinte:

a) pesquisa científica e tecnológica relacionada com a prevenção das deficiências, o tratamento, a reabilitação e a integração na sociedade de pessoas portadoras de deficiência; e

b) desenvolvimento de meios e recursos destinados a facilitar ou promover a vida independente, a auto-suficiência e a integração total, em condições de igualdade, à sociedade das pessoas portadoras de deficiência.

Para acompanhar a ações implementadas para o alcance do objetivo principal da referida Convenção, foi constituída uma Comissão para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, integrada por um representante designado por cada Estado Parte, a qual passa a ser o *foro encarregado de examinar o progresso registrado na aplicação da Convenção e de intercambiar experiências entre os Estados Partes*.

Aponta o referido Comitê que o *apoio apropriado* a ser prestado à pessoa com deficiência contemplado na Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência é o que se centra mais nas capacidades do que nas deficiências, bem como na eliminação dos obstáculos de seu entorno para propiciar o seu acesso e inclusão ativa no sistema geral da sociedade. A inclusão deve se operar em vários aspectos: ambiente físico e cultural, justiça, habitação e transporte, serviços sociais e de saúde, educação e oportunidades de trabalho, política, esportes e recreação.⁶²

Ainda segundo o citado Comitê, importa a liberdade das pessoas para dirigirem suas próprias vidas, ampliando sua esfera de ação para decidir por si próprios o que querem. Além disso, persegue-se o reconhecimento do valor da contribuição dessas

⁶¹ Segundo o Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, "Se trata de la primera convención internacional dedicada específicamente a los derechos de las personas con discapacidad. En el año 2001, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos emitió una Recomendación sobre la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2001), exhortando a los países de la región a ratificar esa convención. La Recomendación también urge a los Estados a promover e implementar, a través de legislación y planes nacionales de salud mental, la organización de servicios de salud mental comunitarios, a efectos de lograr la plena integración de las personas con trastornos mentales en la sociedad. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, 2006, p. 33.

⁶² Francisco J. Bariffi afirma que "Como señala el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, órgano de seguimiento e interpretación de la Convención interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, incorporada al Derecho argentino a través del la ley 25.280:

"...Muchas veces las personas con discapacidad necesitan apoyo, pero no sustitución, pero el apoyo contemplado por la Convención como "apropiado" es el que se centra en las capacidades (más que en las deficiencias) y en la eliminación de los obstáculos del entorno para propiciar el acceso y la inclusión activa en el sistema general de la sociedad (medio físico y cultural, justicia, vivienda y transporte, servicios sociales y sanitarios, oportunidades de educación y trabajo, vida cultural, gremial y política, deportes y recreación). A diferencia de los sistemas de protección sustitutivos, que atrapan a las personas considerándolas un objeto a tutelar, el apoyo adecuado a la nueva normativa de derechos humanos se encamina a la liberación de las personas en sus propias vidas, a la ampliación de su esfera de actuación en la que decidan por sí mismas lo que quieran hacer y al reconocimiento del valor de su aporte a la sociedad que integran como ciudadanos y "como parte de la diversidad y de la condición humanas" (arts. 3.d, 8.1.c y 8.2.a) y iii de la Convención)".

peçoas para a sociedade, a qual integram como cidadãos e como parte da diversidade e da condição humana.

A mudança de paradigma na abordagem da pessoa com deficiência traduz-se num marco histórico para a compreensão da diversidade e consequente inclusão desse grupo de pessoas no convívio social, vez que "[...] a dignidade pressupõe que a valoração do ser humano independe de qualquer característica pessoal ou de utilidade social."⁶³ A deficiência passa a ser considerada "como un fenómeno complejo, que no se limita simplemente a un atributo de la persona, sino que es el resultado de un conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto social."^{64 65}

No entanto, a máquina de tratados existentes não foi eficaz o suficiente para garantia dos direitos das pessoas com deficiência e, por isso recomendações práticas foram feitas para melhorar o sistema,⁶⁶ de forma que [...] "el núcleo central del Informe contenía una serie de argumentos relativos a la necesidad de un nuevo Tratado, específico sobre discapacidad, que vendría a ampliar —aunque no a reemplazar, sino a reforzar— el sistema existente."⁶⁷ Era necessário um documento vinculante sobre o assunto, uma convenção internacional para proteger os direitos das pessoas com

⁶³ MADRUGA, Sidney. *Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos: ótica da diferença e ações afirmativas*. 2. ed. São Paulo:Saraiva, 2016, p. 71.

⁶⁴ PALACIOS, Agustina; BARIFFI, Francisco. *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos*. Madrid: Ediciones Cinca, 2007, p. 22.

⁶⁵ Para seus efeitos normativos, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência define o termo "deficiência" como uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social. Como discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência define toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais. Estabelece ainda que não constitui discriminação a diferenciação ou preferência adotada pelo Estado Parte para promover a integração social ou o desenvolvimento pessoal dos portadores de deficiência, desde que a diferenciação ou preferência não limite em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas e que elas não sejam obrigadas a aceitar tal diferenciação ou preferência. Nos casos em que a legislação interna preveja a declaração de interdição, quando for necessária e apropriada para o seu bem-estar, esta não constituirá discriminação, conforme dispõe seu artigo I.

⁶⁶ PALACIOS, Agustina; BARIFFI, Francisco. *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos*. Madrid: Ediciones Cinca, 2007, p. 47.

⁶⁷ PALACIOS, Agustina; BARIFFI, Francisco. *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos*. Madrid: Ediciones Cinca, 2007, p. 47.

deficiência, o que ocorre depois de um processo de quatro anos, como afirma Agustina Palacios.⁶⁸

Em trinta de março de 2007, em Nova York, Estados partes assinam a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, por entenderem que uma convenção internacional para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência, promovendo sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades.⁶⁹

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi introduzida no ordenamento jurídico brasileiro com *status* de Emenda Constitucional. No que diz respeito a internalização dos tratados e convenções internacionais, o Direito brasileiro adota um sistema misto, como esclarece Flávia PIOVESAN:

Diante dessas duas sistemáticas diversas, conclui-se que o Direito brasileiro faz opção por um sistema misto, no qual, aos tratados internacionais de proteção dos direitos humanos — por força do art. 5º, § 1º —, aplica-se a sistemática de incorporação automática, enquanto aos demais tratados internacionais se aplica a sistemática de incorporação legislativa, na medida em que se tem exigido a intermediação de um ato normativo para tornar o tratado obrigatório na ordem interna.⁷⁰

A citada autora enfatiza que “O § 3º do art. 5º tão somente veio a fortalecer o entendimento em prol da incorporação automática dos tratados de direitos humanos.”⁷¹ O art. 5º, § 3º, da Constituição Federal preceitua que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do

⁶⁸ Idem, p. 47-49.

⁶⁹ Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
Preâmbulo
[...]

y) *Convencidos* de que uma convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos,

⁷⁰ PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 146.

⁷¹ Idem, p. 147.

Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

Sobre o status a ser alcançado pelos tratados de direitos humanos, Welton Carvalho entende que estes não podem ser equiparados a leis ordinárias. Para ele,

Tal hermenêutica despreza a importância dos direitos fundamentais na arquitetura de uma Constituição que traçou a dignidade da pessoa humana como princípio-síntese de toda a sua formatação existencial. A partir do esquadro normativo desenhado pelos §§ 2º e 3º do art. 5º da Carta Magna, parece razoável a interpretação que indica aos tratados internacionais sobre direitos humanos a envergadura de supralegalidade, podendo ser elevados à situação ápice do ordenamento jurídico se aprovados em o *quórum* qualificado exigido para as emendas constitucionais.⁷²

Assim sendo, com força de norma constitucional, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, objetiva garantir proteção especial a esse grupo de pessoas, garantindo-lhes também participação efetiva na vida em sociedade. Como pessoas com deficiência, a referida Convenção define, em seu artigo 1º, como sendo *aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.*

"Essa inegável conquista se deve a uma evolução que vem ocorrendo no Direito desde a década de 1980, que contou com participação ativa das pessoas incapacitadas."⁷³ Conforme assevera Heloisa Helena Barboza,

Merece registro o fato de se tratar da primeira convenção do século XXI sobre direitos humanos e ter resultado de um processo de elaboração diferente do geralmente verificado nos tratados sobre direitos humanos, na medida em que contou com a participação ativa e inédita da sociedade civil, o que incluiu organizações não governamentais e representações de pessoas com deficiência.⁷⁴

⁷² CARVALHO, Welton. Direitos Fundamentais, Constituição e Tratados Internacionais. Análise do Ordenamento Jurídico Brasileiro. Curitiba: Juruá, 2014, p. 301.

⁷³ BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor. A capacidade civil à luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência, In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 240.

⁷⁴ Idem, p. 234.

Daniel Sarmiento ao falar sobre a Dimensão Constitucional de Proteção da Pessoa com Deficiência no Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas” salienta que não existe nenhum outro tema que tenha tanto espaço na Constituição Federal de 1988 do que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.⁷⁵

Ainda segundo o citado autor, em decorrência de seu status constitucional, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência tem aplicabilidade imediata, por se tratar de direitos fundamentais e, portanto, pode ser postulada de imediato perante o Poder Público e particulares; sua interpretação (hermenêutica) será sempre mais geral e generosa dos direitos e também será sempre mais restritiva para a limitação desses direitos; tem eficácia irradiante, isto é, ao interpretar a legislação de modo geral (que, por exemplo, não cuida desse tema diretamente), deve-se considerar os princípios nela estabelecidos, visto que os direitos fundamentais se encontram no centro do ordenamento jurídico, e entre eles os das pessoas com deficiência, irradiando para o Direito Civil, Administrativo, etc.

Daniel Sarmiento destaca ainda que, embora a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência tenha dado novo tratamento à pessoa com deficiência, toda matéria referente a esse grupo de pessoas anteriormente disciplinada na Constituição Federal de 1988 continua sendo aplicada. Segundo o referido autor, prevalece o critério material, isto é, prevalecem as normas mais protetivas, dando como exemplo, o art.37, VIII da CF/88.⁷⁶

Ressalta também Sarmiento que o *diálogo das fontes*⁷⁷ foi explicitamente contemplado, constituindo-se num *imperativo* a ser aplicado. As normas não devem ser interpretadas de forma isolada. Ao contrário, a interpretação do Direito deve ocorrer de

⁷⁵ Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”. Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/1532>> Acessado em agosto de 2016.

⁷⁶ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

[...]

VIII - a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão;

⁷⁷ Segundo Flávio Tartuce, o diálogo das fontes se caracteriza por uma interação entre normas jurídicas, e se faz necessária diante da explosão de leis que se tem na atualidade. A tese foi trazida ao Brasil por Cláudia Lima Marques, a partir dos ensinamentos de Erik Jayme. Fonte: TARTUCE, Flávio. Direito Civil 1: Lei de introdução e parte geral. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012,p. 108.

forma sistemática e coordenada, em sua análise como um todo. Neste aspecto, Ingo Sarlet salienta que

Precisamente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada pela ONU em 2006, por sua vez, embora também de natureza ética, firma uma posição como marco normativo (e vinculante) no cenário internacional e se afirma como um dos mais relevantes documentos na seara dos direitos humanos na medida em que demonstra a necessidade de diálogo entre a dimensão jurídica transnacional (internacional) e a ordem jurídica interna, de modo a abranger integralmente o fenômeno humano e tutelá-lo de maneira adequada.⁷⁸

Sobre as novidades trazidas pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, Sarmento chama a atenção para a *acessibilidade*, que passa a ser vista sob três formas diferentes: a primeira como um direito; a segunda como um princípio e a terceira como uma garantia. Outra novidade, segundo ele, se refere ao Monitoramento⁷⁹ quanto à implantação dos direitos estabelecidos na citada Convenção,

⁷⁸ SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoa com Deficiência In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 120.

⁷⁹ Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Artigo 35

Relatórios dos Estados Partes

1.Cada Estado Parte, por intermédio do Secretário-Geral das Nações Unidas, submeterá relatório abrangente sobre as medidas adotadas em cumprimento de suas obrigações estabelecidas pela presente Convenção e sobre o progresso alcançado nesse aspecto, dentro do período de dois anos após a entrada em vigor da presente Convenção para o Estado Parte concernente.

2.Depois disso, os Estados Partes submeterão relatórios subseqüentes, ao menos a cada quatro anos, ou quando o Comitê o solicitar.

3.O Comitê determinará as diretrizes aplicáveis ao teor dos relatórios.

4.Um Estado Parte que tiver submetido ao Comitê um relatório inicial abrangente não precisará, em relatórios subseqüentes, repetir informações já apresentadas. Ao elaborar os relatórios ao Comitê, os Estados Partes são instados a fazê-lo de maneira franca e transparente e a levar em consideração o disposto no Artigo 4.3 da presente Convenção.

5.Os relatórios poderão apontar os fatores e as dificuldades que tiverem afetado o cumprimento das obrigações decorrentes da presente Convenção.

vez que todas as políticas públicas e todas as legislações devem estar de acordo com a Convenção, que tem força de norma constitucional.⁸⁰

Observa-se que a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência define o termo *deficiência* como *uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.*⁸¹

A restrição intelectual à definição de deficiência foi acrescentada pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que define como sendo pessoas com deficiência aquelas *que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.*

O campo da saúde mental é muito complexo, e uma definição taxativa para deficiência no campo mental nas citadas Convenções seria, no mínimo, temerário, pois certamente implicaria em reforçar a questão a que elas se propõem a combater, que é a discriminação. Entende-se que uma definição aberta possibilita uma interpretação sistemática de todo ordenamento jurídico, com eventual inclusão de indivíduos que, em um primeiro momento, não obtiveram a concepção de estarem abarcados pela norma.

Note-se que os documentos internacionais que tratam da pessoa com deficiência, em momento algum, se utilizam do termo *portador de transtorno mental*, síndrome que acomete o dependente químico. Os tratados internacionais que tratam especificamente sobre a dependência química se referem apenas ao controle de drogas,⁸² não

⁸⁰ Daniel Sarmiento em Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”. Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/1532>>

⁸¹ Art. 1º da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência

⁸² Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem três principais tratados internacionais sobre controle de drogas que se sustentam mútua e complementarmente. Uma proposta importante dos dois primeiros tratados é estabelecer medidas de controle aplicáveis internacionalmente, com o objetivo de assegurar a disponibilidade de drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas para propósitos médicos e científicos e para prevenir seu desvio para canais ilegais. Também incluem recomendações gerais sobre o tráfico ilícito e o abuso de drogas. Os principais documentos são:

Convenção Única sobre Drogas Narcóticas, 1961

Esta convenção reconhece que medidas efetivas contra o abuso de drogas narcóticas requerem ações coordenadas e internacionais. Existem duas formas de intervenção e controle que trabalham juntas. Em primeiro lugar, ela procura limitar a posse, uso, comércio, distribuição, importação, exportação, manufatura e produção de drogas exclusivamente para propósitos médicos e científicos. Em segundo

enfrentando diretamente temas cruciais para esses indivíduos, quais sejam, discriminação, autonomia e inclusão social.

O Monitoramento da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é feito pelos seguintes instrumentos: I) Relatórios dos Estados (art. 35); II) Conferência entre Estados-Partes (art. 40); III) Sistema de petições individuais (art. 33); IV) Protocolo Facultativo; e V) Visitas in loco (art. 6º do Protocolo Facultativo).

Caberá ao Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, estabelecido pelo art. 34 da citada Convenção, acompanhar o cumprimento das obrigações estabelecidas pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o progresso alcançado nesse aspecto. Trata-se de um comitê temático que recebe relatórios dos Estados Partes, bem como de representantes da sociedade civil, que também podem apresentar relatórios contestando o relatório apresentado pelo Governo.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência tem como propósito *promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente*. Para Joyceane Bezerra de Menezes, seu principal contributo está "no reconhecimento da autonomia e da capacidade das pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais, como pressupostos

lugar, combate o tráfico de drogas pela cooperação internacional para deter e desencorajar traficantes de drogas.

Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971

Esta convenção percebeu, com preocupação, os problemas sociais e de saúde pública resultantes do abuso de certas substâncias psicotrópicas e foi concebida para prevenir e combater seu abuso e o tráfico ilícito a que elas dão origem. Estabeleceu um sistema de controle internacional para substâncias psicotrópicas em resposta à diversificação e à expansão do espectro do abuso de drogas e introduziu controles sobre algumas drogas sintéticas de acordo com seu potencial de abuso, por um lado, e de seu valor terapêutico, por outro.

Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas, 1988

Esta convenção deu origem a um tratado internacional abrangente, efetivo e operacional que foi direcionado especificamente contra o tráfico ilícito e que considerou vários aspectos do problema como um todo, em particular, aqueles aspectos não enfrentados pelos tratados existentes no campo das drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas. Forneceu medidas abrangentes contra o tráfico de drogas, incluindo recomendações contra lavagem de dinheiro e o desvio de precursores químicos. Ela contribuiu para a cooperação internacional por meio, por exemplo, da extradição de traficantes de drogas, controle de remessas e transferência de procedimentos. Fonte: Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006, p. 3.

de sua dignidade e de sua participação na vida social, familiar e política."⁸³ Em suma, ela impõe uma mudança no comportamento do corpo social em relação a esses sujeitos.

1.3 A disciplina jurídica da pessoa com dependência química no Brasil

A primeira norma a tratar sobre a questão da dependência química no Brasil foi o Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921.⁸⁴ A venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados era considerada contravenção penal e os indivíduos intoxicados pelo álcool ou substâncias denominadas à época de *venenosas* ficavam sujeitos à internação em estabelecimento especial, a ser criado no Distrito Federal, (na ocasião, Rio de Janeiro), com tratamento médico e regime de trabalho. A norma equipava os toxicômanos e intoxicados habituais a psicopatas.⁸⁵

Prevía o art. 6º do citado Diploma Legal, a criação de um estabelecimento especial, contendo duas seções para o tratamento médico e correicional dos internandos: A primeira era destinada a *internandos judiciais*, nos quais se incluíam os condenados por embriaguez e os impronunciados ou absolvidos em virtude da dirimente ao art. 27, § 4º, do Código Penal, com fundamento em moléstia mental, resultado do abuso de bebida ou substância inebriante, ou entorpecente das mencionadas no art. 1º, parágrafo único da lei.

A segunda era destinada a *internandos voluntários*, fazendo parte deles, os intoxicados pelo álcool, por substância venenosa, que tivesse qualidade entorpecente das mencionadas no art. 1º, parágrafo único da lei, que se apresentarem em juízo, solicitando a admissão, comprovando a necessidade de um tratamento adequado e os que, a requerimento de pessoa da família, fossem considerados nas mesmas condições (letra a). Conforme dispunha o Decreto em questão em seu art. 6º, § 2º, essa internação

⁸³ MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 498.

⁸⁴ Brasil. **Decreto n. 4.294, DE 6 DE JULHO DE 1921.** Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>> Acessado em julho de 2016.

⁸⁵ ABREU, Célia Barbosa. VAL, Eduardo Manuel. Fundamentos Constitucionais da Internação Involuntária do Dependente Químico. Fonte: http://www.ppgdc.uff.br/images/2013_10_10565_10593.pdf, p. 10573.

ocorria quando era evidente sua urgência, e tinha a finalidade de *evitar a prática de atos criminosos ou a completa perdição moral*.⁸⁶

Na segunda espécie de internação, o processo era feito com base em exame médico e obedecia a um rito sumário, sendo dado pelo juízo um curador ao interditando para a defesa de seus interesses, nos termos do § 3º, do art. 6º.

O Decreto em questão foi regulamentado pelo Decreto 14.969, de 3 de setembro de 1921⁸⁷, que veio normatizar a entrada no país de substâncias tóxicas, impondo penalidades aos contraventores, bem como criava o estabelecimento denominado de *sanatório* para os toxicômanos, dedicando o Capítulo II ao funcionamento dessa instituição.

Dispõe o art. 9º do citado regulamento que o *sanatório para toxicômanos* é um estabelecimento para ministrar tratamento médico e correcional, pelo trabalho, aos intoxicados pelo álcool ou substâncias inebriantes ou entorpecentes, que num primeiro momento, por falta de prédios próprios, se dariam em *Colônias de Alienados* e em secções distintas. À exceção dos casos de internação a pedido do internando, o juiz já decretava a interdição, ampla ou limitada, segundo o estado mental do indivíduo.

Nova legislação a cerca da drogadição foi inaugurada em 1938, pelo Decreto - Lei nº 891, “inspirado na Convenção de Genebra, de 1936”⁸⁸, que, em seu Capítulo III, tratou da internação e interdição civil do indivíduo acometido pela toxicomania ou intoxicação habitual por substâncias entorpecentes. A toxicomania era considerada doença de notificação compulsória, cujo tratamento era proibido de ser realizado em domicílio. Tinham-se dois tipos de internação: uma de caráter *obrigatório* e outra de caráter *facultativo*, podendo ser por tempo determinado ou não. Note-se que o indivíduo

⁸⁶ Art. 6º [...]

§ 2º Da outra secção farão parte:

a) os intoxicados pelo alcool, por substancia venenosa, que tiver qualidade entorpecente das mencionadas no art. 1º, paragrapho unico desta lei, que se apresentarem em juizo, solicitando a admissao, comprovando a necessidade de um tratamento adequado e os que, a requerimento de pessoa da familia, forem considerados nas mesmas condições (letra a), sendo evidente a urgencia da internação, para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral.

⁸⁷ Brasil. Decreto n. 14.969, de 03 de setembro de 1921. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=14969&tipo_norma=DEC&data=19210903&link=s> Acessado em julho de 2016.

⁸⁸ BRASIL. Senado Federal. Revista de Informação Legislativa. Brasília, n. 45, Ano XII, jan./mar. 1975. Disponível em <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496778/RIL045.pdf?sequence=1>> Acessado em agosto de 2016, p. 6.

nesta condição era passível de ser internado de forma obrigatória, não só para tratamento de sua enfermidade, mas também por conveniência à ordem pública.⁸⁹

Além dos casos de toxicomania, a internação obrigatória se verificava também em decorrência de embriaguez habitual ou de impronúncia ou absolvição, em virtude do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais então vigente⁹⁰, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas na citada norma. Na forma facultativa, ocorria mediante requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive, quando provada a conveniência do tratamento hospitalar.

É importante assinalar que o legislador continuava a equiparar os toxicômanos e intoxicados habituais a psicopatas, já que a internação dos primeiros era feita em hospital oficial para psicopatas.⁹¹ A capacidade civil destes sujeitos era tratada no art. 30 da referida norma, e sua interdição era decretada por decisão judicial, segundo o estado mental do internando, podendo se dar de forma plena ou limitada, e pelo tempo que os peritos julgassem conveniente. “Assim, em linhas gerais, o que se tinha era que, em função da maior ou da menor extensão da incapacidade, o curador do toxicômano teria poderes mais ou menos extensos.”⁹²

É interessante destacar que o toxicômano não seria *necessariamente* interditado, conforme se depreende da leitura do § 1º do art. 30 do Decreto em tela. A não interdição se daria em virtude de exame pericial não demonstrar necessidade de limitação de capacidade civil do internado. Nesse caso, seria decretada, em procedimento judicial e secreto, a simples internação para tratamento.

Assinala-se que as normas até aqui citadas são contemporâneas ao Código Civil de 1916, que não fazia referência à capacidade civil destes sujeitos. Porém, além das causas elencadas de incapacidade no referido Diploma Legal, outras eram reconhecidas

⁸⁹ Art.29, § 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

⁹⁰ Decreto n. 22.213 de 14 de dezembro de 1932 - Consolidação das Leis Penais de autoria do Sr. Desembargador Vicente Piragibe.

⁹¹ Art.29, § 6º A internação se fará em hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar particular submetido à fiscalização oficial.

⁹² ABREU, Célia Barbosa. VAL, Eduardo Manuel. Fundamentos Constitucionais da Internação Involuntária do Dependente Químico. Fonte: http://www.ppgdc.uff.br/images/2013_10_10565_10593.pdf. Acessado em abril de 2015, p. 10.573.

como causa de incapacidade absoluta.⁹³ “J.M. de Carvalho Santos acrescia ao rol do artigo 5º: a pessoa que, em razão de habitual embriaguez, tivesse adquirido alteração de suas faculdades mentais”⁹⁴, além daquelas com alterações mentais decorrente de intoxicação de cocaína ou substâncias análogas.”⁹⁵

O Código Civil de 1916 foi marcado pelo seu caráter patrimonialista. Destarte, a preocupação principal não era com o indivíduo em si, mas sim com as implicações patrimoniais decorrentes dos atos praticados por esses sujeitos.

Em 1940 foi publicado o Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal) o qual coibia veementemente o comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes, tipificando como crime as condutas elencadas em seu art. 281. Apenas trinta anos mais tarde foi criada lei especial para tratamento específico dos sujeitos que incorressem na infração prevista no citado artigo. Trata-se da Lei 5.726, de 29 de outubro de 1971, que dispunha sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Em seu Capítulo II, esta lei dedicou-se à recuperação de *viciados infratores*, cuja internação obrigatória se daria conforme o grau de discernimento do indivíduo diante do fato delituoso praticado.

A propagação da toxicomania já era uma preocupação governamental e, dessa forma, o legislativo imprime à Lei 5.726/71 uma tentativa de combate ao consumo de drogas, justificando tais medidas como defesa da saúde pública, dos bons costumes e do bem comum, conforme a respectiva Exposição de Motivos que acompanhou o projeto convertido na Lei n.º 5.726.

Na citada Exposição de Motivos, ficou anotada a preocupação do Governo com a propagação da toxicomania, e a necessidade de ser eficazmente combatida, por normas internas e acordos internacionais, visando à defesa da saúde pública, dos bons costumes e do bem comum. Salientou-se que a "predisposição a estados neuróticos e psicóticos e a criminalidade, a aniquilação da vontade, a desagregação da família, a

⁹³ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 98.

⁹⁴ Idem p. 98.

⁹⁵ Idem, p. 98

corrupção dos costumes, o abandono dos princípios éticos e convivência social"⁹⁶ constituem-se em "alguns dos efeitos perniciosos" decorrente do uso indevido de substâncias tóxicas.⁹⁷

As críticas enfrentadas por esta lei foram no sentido de que ela não estaria apoiada na realidade social. Ao escrever sobre o assunto, os Desembargadores José Luiz Vicente de Azevedo Franceschini e Euclides Benedito de Oliveira ressaltaram que a referida lei não deu respostas para as reais necessidades da sociedade, visto que faltavam condições para o êxito de seu mandamento. Asseveraram que a ineficiência do instrumento (lei) decorria “da inexistência de infra-estrutura material e humana, no que tange às medidas preventivas e, de forma especial, quanto à aplicação das medidas de tratamento dos infratores viciados.”⁹⁸ Segundo eles,

Assim, no combate ao tráfico e ao consumo abusivo de drogas, não pode a lei se distanciar dos aspectos sociais, econômicos e culturais que se acham inarredavelmente vinculados ao problema, tendo em conta as circunstâncias decorrentes do desenvolvimento econômico e industrial, com suas influências na vida individual e no comportamento coletivo.⁹⁹

Nos termos da lei, o toxicômano era considerado infrator, pois o simples fato do agente *trazer consigo*, mesmo *para uso próprio*, o enquadrava "como réu de um crime de perigo contra a sociedade, porque é sempre, como freguês, um incentivador do tráfico e da mercância da droga, e potencialmente, um traficante ou intermediário".¹⁰⁰ Tal entendimento era objeto de críticas acirradas, principalmente da classe médica.¹⁰¹

⁹⁶ BRASIL. Senado Federal. Revista de Informação Legislativa. Brasília, n. 45, Ano XII, jan./mar. 1975. Disponível em <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496778/RIL045.pdf?sequence=1>> Acessado em agosto de 2016, p.5.

⁹⁷ Idem, p.5.

⁹⁸ Idem, p.8.

⁹⁹ Idem, p. 7.

¹⁰⁰ BRASIL. Senado Federal. Revista de Informação Legislativa. Brasília, n. 45, Ano XII, jan./mar. 1975. Disponível em <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496778/RIL045.pdf?sequence=1>> Acessado em agosto de 2016, p. 20.

¹⁰¹ Idem, p. 19.

Para Nelson Hungria, "O viciado atual (já toxicômano ou simples intoxicado habitual) é um doente que precisa de tratamento e não de punição".¹⁰²

A Lei 5.726/71 foi revogada em 1976 pela Lei 6.368, a qual destinou o Capítulo II ao tratamento e recuperação dos dependentes de substâncias entorpecentes em geral. O Art. 10 da Lei 6.368 trazia a obrigatoriedade de internação hospitalar *quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicológicas assim o exigiam*. O referido Diploma Legal foi alterado pela Lei nº 10.409/2002, já na vigência da Constituição Federal de 1988, *"tendo sido previsto que o tratamento do dependente seria multiprofissional e, sempre que possível, com assistência da família. Ocorreu, por conseguinte, a revogação parcial da Lei nº 6368/1976 pela Lei nº 10.409/2002."*¹⁰³

Como sabido, o Constituinte de 1988 elevou o ser humano a valor fundamental da ordem jurídica, consagrando a dignidade humana como objetivo fundamental da República, o que ocorre pela primeira vez na história nacional, conforme assevera Ingo Wolfgang Sarlet.¹⁰⁴ Em suas palavras,

Tanto o preâmbulo quanto o título dos Princípios Fundamentais são indicativos de uma ordem constitucional voltada ao ser humano e ao pleno desenvolvimento da sua personalidade, bastando lembrar que a dignidade da pessoa humana, pela primeira vez na história constitucional brasileira, foi expressamente guindada (art. 1º, III, da CF) à condição de fundamento do Estado Democrático de Direito brasileiro, por sua vez também como tal criado e consagrado no texto constitucional.¹⁰⁵

Portanto, toda a ordem constitucional brasileira deve estar de acordo com esta nova tábua axiológica, que reconhece a primazia dos valores existenciais sobre os patrimoniais e exige seja respeitada a condição humana de todos, sem discriminação, dos mais sãos aos mais débeis, dos mais centrados aos mais desnorteados.

¹⁰² Idem, p. 20.

¹⁰³ ABREU, Célia Barbosa. VAL, Eduardo Manuel. Fundamentos Constitucionais da Internação Involuntária do Dependente Químico. Fonte: http://www.ppgdc.uff.br/images/2013_10_10565_10593.pdf. Acessado em abril de 2015, p. 10573

¹⁰⁴ SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 258.

¹⁰⁵ SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 258.

Com a redemocratização do país uma *nova ordem* é inaugurada, na qual ao ser humano, sem distinção de qualquer espécie, são garantidos direitos e liberdades para o seu pleno desenvolvimento. Nesse novo Estado, "*O princípio democrático do poder exige que à pessoa humana, na inteireza de sua dignidade e cidadania, se volte toda a atividade estatal.*"¹⁰⁶

Por estarem todos abarcados pelo referido princípio, não poderá norma regular em sentido a ofensa à *dignidade* consagrada na Carta Magna. Assim, mesmo os que, por ventura, venham a infringir normas de condutas sociais ou praticar ilícitos penais, deverão ter assegurados um tratamento digno em sua recuperação. Barroso ressalta que "É por ter o valor intrínseco da pessoa humana como conteúdo essencial que a dignidade não depende de concessão, não pode ser retirada e não é perdida mesmo diante da conduta individual indigna do seu titular."¹⁰⁷

A nova perspectiva de centralidade nos direitos humanos e direitos fundamentais configura-se um avanço nas legislações das nações democráticas. O respeito à singularidade e autonomia do indivíduo impõe-se à burocracia estatal, devendo esta, ao seu turno, tornar possível as condições que irão suprir as necessidades mínimas de cada pessoa, já que "(...) a autodeterminação pressupõe determinadas *condições* pessoais e sociais para o seu exercício, para a adequada representação da realidade, que incluem informação e ausência de privações essenciais."¹⁰⁸

Como um dos objetivos fundamentais da República, a Constituição estatui em seu art. 3º, I, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Nas palavras de Maria Celina Bodin de Moraes,

A expressa referência à solidariedade, feita pelo legislador constituinte, longe de representar um vago programa político ou algum tipo de retoricismo, estabelece um princípio jurídico inovador em nosso ordenamento, a ser levado em conta não só no momento da elaboração da legislação ordinária e na execução das políticas, mas também nos momentos de interpretação-aplicação do Direito, por seus

¹⁰⁶ SLAIBI FILHO, Nagib. *Direito Constitucional*. Rio de Janeiro: Forense, 3ª ed. 2009, p. 258.

¹⁰⁷ BARROSO, Luís Roberto. *A dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional Contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação*. Disponível em: <http://www.luistrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf>, p. 22

¹⁰⁸ *Idem*, p. 24

operadores e demais destinatários, isto é, pelos membros todos da sociedade."¹⁰⁹

A *solidariedade* trata-se, ao mesmo tempo, de um objetivo e de um princípio constitucional, marcando-se como uma das modernas preocupações do direito que busca o envolvimento de todos, Estado e sociedade, na execução de programas/ações que, por sua vez, devem estar alinhados ao princípio da dignidade da pessoa humana. O ser humano, social por natureza, precisa estar incluído num núcleo mínimo de convivência, no qual sejam respeitadas suas diferenças e possibilitado o seu pleno desenvolvimento.

De uma forma generalizada e, muitas vezes por interesses escusos, o portador de transtorno mental era excluído do convívio social e submetido a tratamentos desumanos, que na realidade tratava-se de verdadeiros rituais de tortura, sendo este considerado cidadão de segunda classe. Em decorrência do princípio da dignidade da pessoa humana, consagrado na Constituição Federal de 1988, bem como da forte luta travada pelo *movimento antimanicomial*, o Congresso Nacional promulga a Lei nº 10.216/2001, também chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica. A sociedade civil pressionou os legisladores para a elaboração de norma condizente com o novo paradigma de deficiência a ser seguido mundialmente. Segundo Eduardo Mourão Vasconcelos,

O movimento antimanicomial constitui-se como um movimento social amplo, diversificado e pluralista, com base social principal em um espectro variado de profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de saúde mental, com enormes diferenças no perfil de formação e posicionamento ético-político corporativo.¹¹⁰

A Lei nº 10.216/2001 trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, implantando um modelo assistencial em saúde mental, e "adotando uma política de reinserção social do portador de transtorno mental, em consonância com o princípio constitucional da solidariedade."¹¹¹ A referida Lei imprime direitos à pessoa portadora de transtorno mental, bem como responsabilidades ao Estado quanto ao

¹⁰⁹ MORAES, Maria Celina Bodin de. *A Caminho de um Direito Civil Constitucional*. Revista de Direito Civil. São Paulo: Revista dos Tribunais, n.65, p. 21-32, jul./set. 1993, p. 169.

¹¹⁰ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social*. Campinas: Papel Social, 2016, p. 44.

¹¹¹ ABREU, Célia Barbosa. *Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil*. Curitiba: CRV, 2015, p. 63.

desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde, não deixando de fora a participação da sociedade e da família nesse processo, conforme preceituam seus arts. 2º e 3º.¹¹²

Portanto, pode-se afirmar que o citado Diploma Legal, em obediência ao texto constitucional, acolheu o portador de transtorno mental como pessoa digna e merecedora de trato solidário. Adotou, para isto, uma política que reinsere esta pessoa no contexto social, com a proposta de "desinstitucionalização"¹¹³, apesar de trazer também hipóteses de internação, inclusive na forma compulsória. De acordo com a normativa constitucional, a referida Lei reconheceu os direitos fundamentais desta pessoa.

É importante destacar que a positivação do princípio da dignidade humana constitui um marco para o desenvolvimento de outros direitos. Conforme assevera

¹¹² Lei 10.216 de 2001 Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

¹¹³ Segundo Paulo Amarante, desinstitucionalização é a desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental e reforçam a instituição hospitalar como a principal referência da atenção à saúde mental. Fonte: Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 14, n. 1, Rio de Janeiro, Jan./Feb. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025> Acessado em fevereiro de 2017.

Barroso, "ele representa a superação da intolerância, da discriminação, da exclusão social, da violência, da incapacidade de aceitar o outro, o diferente, na plenitude de sua liberdade de ser, pensar e criar."¹¹⁴ Para Barroso, "Dignidade da pessoa humana expressa um conjunto de valores civilizatórios incorporados ao patrimônio da humanidade."¹¹⁵

A Lei 10.216 de 2001 surge com o direcionamento de inclusão e respeito a todo ser humano, sem distinção, devolvendo ao portador de transtorno mental sua identidade como cidadão. A inspiração para criação da Lei da Reforma Psiquiátrica veio do movimento liderado pelo médico psiquiatra italiano, Franco Basaglia, conforme aponta Célia Abreu. Segundo a autora, o referido médico foi o "precursor de mudanças profundas nas políticas de saúde de seu país, a partir de 1961, no movimento denominado Psiquiatria Democrática."¹¹⁶

Com a nova concepção de tratamento do portador de transtorno mental trazida pela Reforma Psiquiátrica, a qual se alicerça no princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, houve o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Uma das medidas para dar sustento ao abandono do modelo asilar, foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que funcionam como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, símbolos da repulsiva exclusão social até então vigente no país. A criação de uma rede de atenção integral à saúde mental vai ao encontro dos interesses dos portadores de transtorno mental, visto que, além do tratamento clínico, os CAPs possibilitam que o referido tratamento seja feito aos pacientes em seus *territórios*.

O Capítulo II do presente trabalho é dedicado a abordagem da Reforma Psiquiátrica, onde a Lei 10.216 de 2001 será estudada mais detalhadamente, buscando-se sopesar as mudanças ocorridas no tratamento do indivíduo portador de transtorno mental, notadamente do dependente químico.

Como já exposto, a Constituição Cidadã está *fundamentada na dignidade da pessoa humana*, e, dessa forma, o tratamento de pessoas com transtorno mental passa a

¹¹⁴ BARROSO, Luís Roberto. *Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro (Pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo)*. R. Dir. Adm., Rio de Janeiro, 225: 5-37, jul./set. 2001, p. 40.

¹¹⁵ Idem, p. 40.

¹¹⁶ ABREU, Célia Barbosa. VAL, Eduardo Manuel. *Fundamentos Constitucionais da Internação Involuntária do Dependente Químico*. Fonte: http://www.ppgdc.uff.br/images/2013_10_10565_10593.pdf, p. 10569.

obedecer a novos parâmetros, respeitando os direitos fundamentais desses sujeitos. Com isso, forçosamente, a legislação infraconstitucional se molda a essa nova perspectiva humanitária no trato com o indivíduo usuário ou dependente de drogas. Nesse sentido, a visão social para com esses indivíduos passa a ter novos contornos e os ajustes à estrutura normativa referente ao uso indevido de drogas veio com a edição da Lei 11.343/2006 (Lei Antidrogas), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

O SISNAD aduz, em seu art. 4º, onze princípios, dos quais traz-se a destaque os elencados nos incisos I e II.¹¹⁷ O respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade "está em conformidade com as tendências criminológicas modernas, nas quais o enfoque estereotipado do consumidor-doente, cede lugar à autonomia da vontade",¹¹⁸ O que permite, segundo Luiz Flávio Gomes, que o sujeito em questão "deixe a situação passiva, para passar a participar do processo que envolve o uso e a dependência da droga."¹¹⁹

O respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes, princípio previsto no inciso II, do art. 4º, "é uma decorrência direta do anterior, apenas que, agora, aplicado de forma a abranger não o aspecto individual, mas o coletivo"¹²⁰

O foco da Lei Antidrogas passa a ser mais na *saúde e tratamento* e menos na *punição* do indivíduo. Dessa forma, diferencia, em larga escala, as medidas tomadas em caso de tráfico e em caso de consumo pessoal. No entanto, a falta de aplicação de penas restritivas de liberdade não afasta a tipicidade do crime, conforme entendimento do Supremo Tribunal Federal.¹²¹

¹¹⁷ Art. 4º São princípios do Sisnad:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes

¹¹⁸ GOMES, Luiz Flávio. Lei de Drogas Comentada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 37

¹¹⁹ Idem, p. 37.

¹²⁰ GOMES, Luiz Flávio. Lei de Drogas Comentada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 39.

¹²¹ No julgamento do ARE 728688 AgR / DF, o Ministro Luiz Fux, relata que: "não há falar em atipicidade do delito, por haver pouca quantidade da substância entorpecente, já que o crime descrito no artigo 28 da lei nº 11.343/06 é de perigo abstrato para a saúde pública - por ser capaz de gerar dependência físico-química -, de maneira que o legislador entendeu por bem manter a tipicidade da conduta, ainda que sem aplicação de penas restritivas de liberdade."

Neste aspecto, O Conselho Federal de Psicologia entende como *arbitrária* a diferenciação entre as condutas de produtores, comerciantes e consumidores em relação a umas e outras substâncias, "– umas constituindo crime e outras perfeitamente legais –, em clara violação ao princípio da isonomia, ao postulado da proporcionalidade e, assim, à própria cláusula do devido processo legal em seu aspecto substancial."¹²²

O SISNAD tem como finalidade atuar tanto na prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, como também na repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, conforme disposto no art. 3º da Lei 11.343/2006. As duas finalidades possuem o mesmo grau de importância, como assevera Luiz Flávio Gomes¹²³,

Segundo o citado autor "Durante a vigência da Lei 10.409/2002 operou-se uma grande confusão entre usuário e dependente"¹²⁴, o que, segundo ele, acarretava a internação compulsória mesmo para os indivíduos não dependentes. A Lei 11.343/2006, por sua vez, especifica como usuário aquele que *adquire, guarda, mantém em depósito, transporta ou traz consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar*¹²⁵, e para esse indivíduo as penas são mais brandas. Para o enquadramento como consumo pessoal o juiz levará em consideração a natureza e a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, as circunstâncias sociais e pessoais, bem como a conduta e os antecedentes do agente.¹²⁶

¹²² Conselho Federal de Psicologia. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. - Brasília: CFP, 2013, p.37.

¹²³ GOMES, Luiz Flávio. Lei de Drogas Comentada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014, p. 33.

¹²⁴ Idem, p. 24.

¹²⁵ Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

¹²⁶ Art. 28 [...]

Como drogas, a Lei 11.343/2006 considera *as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.*¹²⁷

Para Célia Abreu, no que se refere à Lei Antidrogas, "merece especial destaque o Capítulo II, dedicado às atividades de atenção e reinserção social de usuários ou dependentes de drogas."¹²⁸ Os artigos 20 e 21¹²⁹ da citada Lei especificam as atividades de atenção e de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas, respectivamente, sendo elencados no art. 22, os princípios a serem observados na implementação dessas atividades.

Além do usuário ou dependente de drogas, a referida Lei abrange seus respectivos familiares nas atividades de atenção e reinserção social, definindo a primeira (atenção) como sendo as atividades que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas, e a segunda (reinserção social) como sendo aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Todas as atividades devem ser realizadas com *respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social.* A atenção a esses sujeitos deve ocorrer, *sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais*, conforme os princípios estabelecidos na norma.¹³⁰

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

¹²⁷ Art. 1 [...]

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

¹²⁸ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 158.

¹²⁹ Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

¹³⁰ Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

Em decorrência do novo paradigma de concepção de deficiência instituído pela Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, bem como pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o Brasil precisou tomar medidas legislativas para adequar o seu ordenamento jurídico à nova ordem mundial, e assim possibilitar a realização dos direitos reconhecidos nas citadas Convenções.

Assim sendo, em 07 de julho de 2015 foi publicada a Lei 13.146, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência, que traz como contributos, o modelo social e o combate à discriminação das pessoas com deficiência. O referido diploma legal define pessoa com deficiência e traz garantias a essa pessoa para sua inclusão social. É um notável avanço para a efetivação do princípio da Dignidade da Pessoa Humana, que após cumprir a *vacatio legis* de 180 dias, entrou em vigor no ordenamento jurídico brasileiro a partir de janeiro de 2016.

O referido Estatuto adota o modelo social em substituição ao modelo médico, o qual tem como premissa que o problema não é a pessoa com deficiência em si, mas as barreiras existentes na sociedade que impedem sua plena inserção social. Ao falar sobre o modelo social da deficiência, Débora Diniz cita o caso de um indivíduo de nome Oliver, vítima de doença infecto-contagiosa, que o deixou sem o movimento das pernas, esclarecendo que as causas da segregação e da opressão sofrida por ele " deveriam ser

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

buscadas não nas sequelas da poliomielite contraída na infância, mas nas barreiras sociais que dificultavam ou impediam sua locomoção em cadeira de rodas."¹³¹

A Lei 13.146/15 considera pessoa com deficiência *aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.*¹³² Dessa forma, pode-se dizer que a referida Lei "Afirmou a ideia ampla de impedimento que engloba desde os de natureza física, intelectual, sensorial até mental".¹³³

Uma vez necessária a realização de avaliação da deficiência, esta será de natureza *biopsicossocial*, a ser realizada por *equipe multiprofissional e interdisciplinar*, na qual serão considerados *os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação*, conforme preceitua o parágrafo primeiro do art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Nessa perspectiva de avaliação biopsicossocial, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência sai do modelo médico e introduz o modelo social, utilizando-se para isso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF.

Para Luiz Cláudio de Almeida,¹³⁴ os princípios trazidos pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência já se encontram contemplados na Constituição Federal de 1988 e, portanto, a citada Lei não trouxe nenhuma inovação. Para Célia Abreu, a Lei não é uma solução em si, e sim um contributo às questões relacionadas à pessoa com deficiência, conforme ressaltou no "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e

¹³¹ DINIZ, Débora. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2007.

¹³² Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

¹³³ SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoas com Deficiência In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 138

¹³⁴ Luiz Cláudio de Almeida é Promotor de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e no "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e Direitos" discorreu sobre o tema: A Nova Interdição a partir da Lei Brasileira de Inclusão.

Direitos", onde deixou claro seu posicionamento de que *a deficiência é uma questão de saúde pública, advinda da desigualdade social.*¹³⁵

O tema *deficiência* atinge vários públicos de forma transversal. Nesse sentido, tem-se nele abarcados, outros públicos por si só vulneráveis, entre eles: crianças, idosos, mulheres, que pela sua natureza merecem atenção e cuidado.

A igualdade perante à lei, isto é, o reconhecimento de que a pessoa com deficiência é capaz de exercer seus direitos em igualdade de condições com as demais pessoas é um imperativo que permeia toda a norma. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência modificou o regime das incapacidades, restringindo a incapacidade absoluta apenas aos menores de 16 (dezesesseis) anos. No entanto, no que se refere aos ébrios habituais e aos viciados em tóxico, manteve o conservadorismo de legislações passadas, continuando a manter tais sujeitos como pessoas relativamente incapazes, tema a ser aprofundado no capítulo III do presente trabalho.

¹³⁵ Célia Barbosa Abreu é Professora Doutora da Universidade Federal Fluminense, e no "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e Direitos" discorreu sobre o tema " Autonomia e Dignidade do Portador de Transtorno Mental".

2. O DEPENDENTE QUÍMICO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 Notas preliminares sobre a violação dos direitos humanos nos hospícios

Primeiramente é importante registrar que a internação de indivíduos em hospícios não se restringia apenas às pessoas com patologia mental. Foucault apontava que, ao contrário dos leprosários cuja segregação ocorria por motivos médicos, o *aprisionamento* dos indivíduos tinha "significações políticas, sociais, religiosas, econômicas, morais,"^{136 137} e, dessa forma, era comum a internação dos considerados devassos, pais dissipadores, filhos pródigos, blasfemadores, homens que 'procuram se desfazer' e libertinos.¹³⁸

O tratamento empregado a esses indivíduos, nessas instituições, era desumano e, segundo Foucault, só na época de Pinel, "se descobrirá com horror a situação dos loucos nas celas dos hospícios," mas que ainda conforme ressalta o citado autor, não significaria que a loucura tivesse recebido "seu estatuto humano" ou mesmo que a patologia mental tivesse saído "pela primeira vez de sua pré-história bárbara".¹³⁹ Essa mudança de perspectiva ocorre com a chamada Psiquiatria Moderna, na qual passa haver uma preocupação com a individualização do sujeito portador de transtorno mental, onde se vislumbra, ainda que muito timidamente, a necessidade de tratamento compatível com o estado próprio destes indivíduos.

Após as atrocidades da II Guerra Mundial, os direitos humanos passam a ser uma grande preocupação mundial, e "os indivíduos tornam-se foco de atenção internacional."¹⁴⁰ Com esse enfoque humanístico, "não mais poder-se-ia afirmar, no fim

¹³⁶ FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva S.A, 2004, p. 53.

¹³⁷ Segundo Foucault, as primeiras casas de internamento surgem na Inglaterra e durante muito tempo, em épocas de crise, a casa de correção ou os locais do Hospital Geral serviram para a "colocação dos desempregados, dos sem trabalho, e vagabundos", numa função de repressão. Fora de épocas de crise, esses lugares tinham a função de "dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos." Fonte: FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva S.A, 2004, p. 67.

¹³⁸ FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva S.A, 2004, p. 111.

¹³⁹ *Idem*, p. 144.

¹⁴⁰ PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 193.

do século XX, que o Estado pode tratar de seus cidadãos da forma que quiser, não sofrendo qualquer responsabilização na arena internacional."¹⁴¹ ¹⁴²

Cabe trazer à tona a lição Kantiana que se refere à valorização do ser humano como fim em si mesmo, não podendo este ser tratado como meio. Segundo o citado filósofo,

O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, *existe* como fim em si mesmo, *não só como meio* para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas acções, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado *simultaneamente como fim*.¹⁴³

Segundo a filosofia Kantiana, que é alicerçada na liberdade do homem, a dignidade humana se funda na autonomia do indivíduo. E, nessa toada de respeito à liberdade de cada indivíduo, o Estado deve agir em observância aos direitos individuais de seus cidadãos e em prol do bem comum.

Em que pese a máxima Kantiana, o homem ainda se utiliza do outro homem para obtenção de seus objetivos, sejam eles quais forem. A isso se somam os padrões de comportamento impostos pela sociedade, que marginaliza aqueles que entende não se encaixar nos modelos estabelecidos.

Na perspectiva da saúde mental, o tratamento empregado aos pacientes mantidos em hospitais psiquiátricos, antes e mesmo depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, era essencialmente desumana. No Brasil, a violação dos direitos humanos no tratamento clínico e social imposta aos pacientes representava (e, ainda hoje, em algumas instituições representam) uma barbárie inaceitável. As práticas passam por maus tratos, castigos, torturas, mortes não esclarecidas, exploração da força de trabalho transfigurada de tratamento mediante *tarefas laborais*.

Até o surgimento da Psiquiatria, o que ocorre somente no século XIX, trabalhava-se com modelos higienistas. A Psiquiatria, por sua vez, incorpora o modelo

¹⁴¹ Idem, 2013, p. 193.

¹⁴² A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi adotada pela Organização das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948,

¹⁴³ KANT, Immanuel. Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Traduzida por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2007, p. 68.

biomédico então vigente, para proceder ao tratamento dos pacientes portadores de transtorno mental^{144 145}

A primeira unidade para "tratamento" de pessoas com patologia mental no Brasil foi instituída pelo Decreto nº 82, de 18 de Julho de 1841, o qual *fundou*, no Rio de Janeiro, *um Hospital destinado privativamente ao tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo*,¹⁴⁶ que foi, mais tarde, renomeado Hospício Nacional de Alienados.^{147 148}

A criação dessa unidade decorre da mobilização da comunidade médica que, no início da década de 1830, travava grandes discussões com a Corte Imperial quanto "a situação dos alienados mentais que vagavam pelas ruas e o tratamento a que eram submetidos àqueles que se encontravam reclusos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia."¹⁴⁹ As denúncias "revelavam maus tratos, a falta de um tratamento físico e

¹⁴⁴ PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Revista Teoria e Pesquisa. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 206.

¹⁴⁵ Segundo Elisângela Maria Machado Pratta e Manoel Antonio dos Santos, a Psiquiatria, nessa época, procurava discutir a questão dos problemas mentais a partir da descoberta de causas orgânicas, ou seja, da busca da lesão, no caso, da lesão cerebral. O tratamento oferecido, na primeira metade do século XX, era advindo desse modelo com ênfase no biológico. Fonte: PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Revista Teoria e Pesquisa. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 206.

¹⁴⁶ Em dezembro de 1852, o Hospício Pedro II começou a receber os loucos oficialmente, representando a primeira instituição voltada especialmente para o tratamento de alienados no Brasil. Fonte: GONÇALVES, Monique de Siqueira; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009, p. 395.

¹⁴⁷ GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 362.

¹⁴⁸ "O Brasil se tornou o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio com base no alienismo francês, o qual manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades." Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 362.

¹⁴⁹ GONÇALVES, Monique de Siqueira; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009, p. 394.

moral condizente, de um médico especialista, de enfermeiros competentes e, sobretudo, de condições higiênicas adequadas ao tratamento de doentes".¹⁵⁰

Contudo, condições inumanas no *Hospício de Pedro Segundo* também iriam ser constatadas, vez que apesar de ter capacidade para 300 pacientes, ficou até 1870 bem acima deste limite¹⁵¹, o que decorria de "interesse de diversas famílias, senhores de escravos, e setores do governo, que visavam utilizar o hospício como um depósito de alienados incuráveis, tratados como indigentes."¹⁵²

No modelo manicomial, "a assistência psiquiátrica esteve atrelada ao tratamento restrito ao interior dos grandes hospícios, com internação prolongada e manutenção da segregação do portador de transtorno mental do espaço familiar e social."¹⁵³

Em 1903, o Decreto n. 1.132 reorganiza a assistência aos "alienados", instituindo o recolhimento a estabelecimento próprio àqueles que por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem publica ou a segurança das pessoas (Art. 1º). O referido Decreto estabelece também que esses sujeitos deverão ser submetidos à curatela logo em sua entrada na instituição, devendo a autoridade policial tomar providências quanto à guarda de seus bens (Art. 4º), num claro entendimento de que esses sujeitos não possuíam a capacidade de gerir seus bens nem a si próprios.

É fundada em 1923, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)¹⁵⁴, que tinha como objetivo inicial melhorar "a assistência aos doentes mentais

¹⁵⁰ GONÇALVES, Monique de Siqueira; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009, p. 394.

¹⁵¹ Idem, p. 402.

¹⁵² Idem, p. 406.

¹⁵³ GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 362.

¹⁵⁴ A Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros. De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação de Riedel. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação, de modo que uma clara tentativa de "normalizar" a população tornou-se o principal objeto para os médicos em seus esforços para inibir os deficientes mentais. Os princípios da eugenia e da higiene mental incentivavam psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável. Fonte: SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA André; ZILBREMANN, Monica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. Rev Psiquiatr RS. 2009;31(1):82. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>> Acessado em janeiro de 2017.

através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos."¹⁵⁵ Ocorre que, no período de 1928 a 1934, os psiquiatras se mostraram com tendências mais higienistas e, dessa forma, o citado período foi marcado por programas de higiene mental baseados na *eugenia*, seguindo o modelo de psiquiatria organicista alemão, que posteriormente serviu como fundamento para os campos de concentração nazistas.¹⁵⁶

Já na Era Vargas, é publicado o Decreto 24.559 de 1934, revogado em 1990 pelo Decreto n. 99.678/90, o qual dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, entre outras providências. Nota-se a continuidade da perspectiva de segregação daqueles que, por algum motivo, segundo a sociedade da época, não eram considerados aptos ao convívio social.

Para alcançar os objetivos de proteção e prevenção, que segundo a citada norma, obedeciam aos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social (Art. 3º caput), os psicopatas deveriam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos¹⁵⁷ públicos ou particulares, ou assistência hetero-familiar *do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que neste lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados.* (Art. 3º, § 1º).

Os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas, também poderiam ser admitidos nesses estabelecimentos¹⁵⁸, os quais dispunham de três tipos de regimes: abertos, fechados e mistos.¹⁵⁹

¹⁵⁵ NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. Rev. latinoamericana de psicopatologia fundamental, vol.17, no.2, São Paulo, June, 2014. Disponível em <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso#fn15> Acessado em dezembro de 2016.

¹⁵⁶ Idem

¹⁵⁷ O decreto 24.559 de 1934 definia como estabelecimentos psiquiátricos, todos aqueles que se destinavam à hospitalização de doentes mentais e as secções especiais, com o mesmo fim, de hospitais gerais, asilos de velhos, casas da educação e outros estabelecimentos de assistência social.

¹⁵⁸ Art. 3º [...]

§ 5º Podem ser admitidos nos estabelecimentos psiquiátricos os toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésica ou entorpecente por bebidas inebriantes, particularmente as alcoólicas.

¹⁵⁹ Conforme art. 7º, § 2º, o estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento misto, era destinado ao acolhimento dos toxicômanos e intoxicados habituais e aos psicopatas ou indivíduos suspeitos, que não podiam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou aos que, por suas reações perigosas, não deviam, permanecer em serviços abertos, e ainda aos toxicômanos e intoxicados habituais e aos psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação foi determinada por ordem judicial ou foram enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária

Outro ponto que merece atenção na norma sob análise, é o fato da permissiva de recolhimento, *sem demora*, a estabelecimento psiquiátrico, mediante *simples atestação médica, em que se declare quais os distúrbios mentais justificativos da internação imediata*. Tal procedimento se justificaria nos casos urgentes em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, o que representava amplos poderes a uma pessoa, no caso, o médico, para decidir confinar um indivíduo em um estabelecimento dessa natureza.

Além do confinamento (restrição de sua liberdade), o indivíduo até o 90º dia de internação, não poderia praticar nenhum ato de administração ou disposição de bens, a não ser por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil vigente à época (CC 1916), com prévia autorização judicial, quando fosse necessária, que representava a restrição de sua capacidade civil.¹⁶⁰

O modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico foi alvo de severas críticas face as graves violações de direitos humanos ocorridas intra muros dessas instituições. Ao falar sobre o assunto Heloisa Helena Barboza comenta:

Serve de exemplo desse tipo de conduta social “indiferente” (e seus efeitos) o ocorrido durante mais da metade do século passado no manicômio de Barbacena, onde se encontravam em condições subumanas, só comparáveis às dos campos de concentração, crianças, mulheres e homens, com problemas mentais ou não, submetidos ao abandono, maus-tratos e até tortura¹⁷. Não há qualquer explicação aceitável para tal fato, salvo a indiferença e invisibilidade em geral mantida pela sociedade em relação às pessoas com deficiência, especialmente os que apresentam deficiência mental.¹⁶¹

¹⁶⁰ Art. 27. A proteção do doente mental é assegurada pelos cuidados de pessoa da família, do responsável legal ou do médico diretor do estabelecimento em que estiver internado.

§ 1º O psicopata recolhido a qualquer estabelecimento, até o 90º dia de internação, nenhum ato de administração ou disposição de bens poderá praticar senão por intermédio das pessoas referidas no art. 454 do Código Civil, com a prévia autorização judicial, quando fôr necessária.

§ 2º Findo o referido prazo, se persistir a doença mental e o psicopata tiver bens rendas ou pensões de qualquer natureza, ser-lhe-á nomeado, pelo tempo não excedente de dois anos, um administrador provisório, salvo se ficar provada a conveniência da interdição imediata com a conseqüente curatela.

§ 3º Decorrido o prazo de dois anos e não podendo o psicopata ainda assumir a direção de sua pessoa e bens, ser-lhe-á decretada pela autoridade judiciária competente a respectiva interdição, promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público, se dentro de, 15 dias não o fôr pelas pessoas indicadas no art. 447 ns. I e II do Código Civil.

¹⁶¹ BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor. A capacidade civil à luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 240

A doutrina, ao pesquisar o modelo de assistência manicomial, no período de 1960 à 2000, ressalta que, como o foco de atenção era a doença e não a pessoa, "os portadores de transtorno mental eram marginalizados e desprovidos de autonomia, não sendo vistos como indivíduos ativos na sua terapêutica."¹⁶²

Somente no final da primeira metade XX, um novo conceito de saúde é proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentado em sua constituição de 7 de abril de 1948, com o entendimento de que saúde corresponde a um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de moléstia ou doenças.^{163 164}

Ultrapassando a polêmica em relação ao conceito proposto pela OMS, esta nova visão de saúde tem como objetivo garantir o nível mais elevado de saúde para todas as pessoas, o que representa dizer que todo ser humano é merecedor de um tratamento digno. Na Constituição de 1988, o Constituinte consagra o direito à saúde como um dos direitos fundamentais do indivíduo, em consonância ao princípio da dignidade humana, que por sua vez, constitui um dos fundamentos da República Brasileira.¹⁶⁵

No entanto, em que pese o mandamus constitucional, a prática verificada nos hospitais psiquiátricos continuava a ter natureza desumana e por conseguinte inaceitável para os padrões de civilidade do século XX. A violação dos direitos humanos ia além da exclusão social e da perda da autonomia por parte desses indivíduos, visto que a morte

¹⁶² GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 362.

¹⁶³ PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Revista Teoria e Pesquisa*. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 207.

¹⁶⁴ Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1948: A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

¹⁶⁵ Segundo Ingo Sarlet, no caso dos direitos dispersos na Constituição Federal de 1988, há que se recorrer a critérios materiais para demonstrar que se trata de direitos fundamentais. Fonte: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 293.

física invariavelmente ocorria em decorrência das péssimas condições a que eram submetidos.

Segundo Andréa Guimarães,

À instituição hospitalar cabia a responsabilidade de eliminar os sintomas da desordem psíquica. Para o tratamento utilizavam recursos que iam desde a internação, técnicas de hidroterapia, administração excessiva de medicamentos, até aplicação de estímulos elétricos ou o uso de procedimentos cirúrgicos. O objetivo das instituições psiquiátricas era utilizar dispositivos que caminhassem na direção da correção do que sinalizava “anormalidade”.¹⁶⁶

A citada autora ressalta que os pacientes não recebiam tratamento digno, sendo muitas vezes tratados com violência. Salienta também que por não serem estimulados, havia o comprometimento de suas potencialidades ao ponto até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social.¹⁶⁷

O tratamento dispensado aos pacientes consistia basicamente na contenção de sua agressividade e/ou agitação. Conforme Andréa Guimarães, as técnicas consistiam em: 1- Uso de medicamentos de forma excessiva¹⁶⁸; 2- choque cardiazólico¹⁶⁹; 3- Insulinoterapia (choque insulínico)¹⁷⁰; 4- Eletroconvulsoterapia (ECT)¹⁷¹; 5- Cubículo

¹⁶⁶ GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 362.

¹⁶⁷ Idem, p. 362.

¹⁶⁸ Como até 1960, a variedade de fármacos era muito restrita e insuficiente para minimizar os sintomas decorrentes do transtorno mental. Dessa forma a utilização excessiva de medicamentos associada a outros tipos de tratamento era muito comum no modelo manicomial. No modelo vigente (psicossocial), a prática é pelo emprego racional do medicamento em associação a outras abordagens terapêuticas, que são, consultas, oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, grupos operativos, psicoterapia e atividades comunitárias, visando a reinserção social do portador de transtorno mental. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 363.

¹⁶⁹ Utilizava-se o medicamento de nome cardiazol, que era destinado à diminuição da agitação de alguns pacientes. No entanto, a aplicação desse medicamento ocasionava convulsões que as vezes de tão severas chegaram a causar fraturas espinhais nos pacientes. Seu uso foi descontinuado no final dos anos 40. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 363.

¹⁷⁰ A utilização de Insulinoterapia (choque insulínico) consistia no uso de doses cada vez mais altas de insulina intramuscular até que o paciente ficasse comatoso (estado de coma). Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000):

ou cela forte¹⁷²; 6- Praxiterapia¹⁷³; 7- Lençol de contenção e camisa de força¹⁷⁴; 8- Contenção no leito com faixas de tecido de algodão¹⁷⁵.

O caso que mais ganhou destaque, no Brasil e no mundo, pelas atrocidades cometidas contra os pacientes foi o do Hospital Psiquiátrico Colônia, o maior hospício brasileiro, localizado na cidade de Barbacena, Minas Gerais, onde pelo menos 60 mil pessoas morreram dentro de seus muros.¹⁷⁶ Franco Basaglia, psiquiatra italiano em

Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 364.

¹⁷¹ Esse procedimento foi amplamente empregado dentro dos hospitais psiquiátricos. A prática causava medo e trauma tanto em pacientes, como em quem a aplicava. Também era utilizada como instrumento punitivo e coercitivo. Sua utilização começou a regredir devido ao aparecimento dos psicofármacos e também da crescente movimentação contrária a utilização desse procedimento ocasionada pelo seu uso indevido com o objetivo de punir, controlar ou ameaçar os pacientes. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 364.

¹⁷² O cubículo ou cela forte consistiam em pequenas salas individuais fechadas, com portas de material reforçado, que continham uma ou duas aberturas na parte superior para o profissional observar a pessoa no interior do cubículo e na parte inferior para entregar as refeições. As pessoas eram encaminhadas para esses recintos quando estavam muito agitadas ou agressivas. Essas unidades serviam também como castigo para alguns pacientes, podendo a reclusão durar horas ou dias. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 365.

¹⁷³ A Praxiterapia consistia no desempenho de tarefas laborais pelos pacientes sob a orientação dos funcionários. No Brasil, ela foi oficializada em 1890 por meio do Decreto n. 206-A, que aprovou instruções para a assistência médica legal de alienados. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 366.

¹⁷⁴ O lençol de contenção era também denominado jacaré e chegava a machucar os pacientes. A camisa de força ou colete conferia grande risco de queda. Foi introduzida por Pinel, no século XIX, e substituiu as correntes, algemas e celas fortes utilizadas nos manicômios. Esse recurso foi considerado uma forma de contenção física menos dolorosa, mais transitória e menos excludente que os dispositivos que existiam naquela época. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 366.

¹⁷⁵ A contenção no leito com faixas de tecido de algodão perdura até os dias atuais. Ela é aplicada para proteção do paciente de outros indivíduos e para a pessoa contida ter um tempo para pensar em seus atos. Esse procedimento é de indicação médica. Fonte: GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016, p. 367.

¹⁷⁶ ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 12

visita ao mencionado hospital psiquiátrico, fato que ocorreu em 1979, "chamou uma coletiva de imprensa, na qual afirmou: 'Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta'.¹⁷⁷

Registros apontam que no Colônia em torno de 70% dos pacientes sequer tinham diagnóstico de doença mental. Os pacientes eram constituídos por pessoas que a sociedade não queria por perto: epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, meninas grávidas, violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos e alguns apenas por serem tímidos.

Além de aprisionados, "Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados."¹⁷⁸ Os pacientes eram obrigados a dormir ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos, mesmo nas noites geladas da serra da Mantiqueira, e muitos não resistiam. Muitos morriam em decorrência de choques, aos quais eram submetidos que assemelhavam-se à tortura.

A nudez também era fato comum no Hospício de Barbacena, visto que os internos dispunham apenas de uma peça de roupa. Assim, quando as roupas eram encaminhadas para a lavagem, os pacientes ficavam desprovidos de vestimentas, ficando seus corpos expostos. Com as constantes mortes, "registros da própria entidade apontam dezesseis falecimentos por dia"¹⁷⁹ a partir de 1960, a disponibilidade de cadáveres acabou alimentando uma macabra indústria de venda de corpos.

Conforme aponta Pedro Gabriel Godinho Delgado, no Brasil, "no final dos anos 1970, em plena Ditadura Militar, começaram a surgir as primeiras denúncias de violência e abandono de pacientes internados em hospitais psiquiátricos."¹⁸⁰ O citado autor ressalta que

177 ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 12.

¹⁷⁸ Idem, p. 13.

¹⁷⁹ Idem, p. 62.

¹⁸⁰ Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 12

As denúncias eram gravíssimas: maus tratos, morte por doenças evitáveis (como infecções gastrintestinais disseminadas), isolamento, celas-fortes, sedação química excessiva, agressões físicas graves, elevada mortalidade dos internos, internações predominantemente de longa permanência – vários hospitais mantinham pacientes internados por anos a fio.¹⁸¹

No que se refere especificamente às violações de direitos humanos ocorridas no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, no final da década de 70 o "Chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia."¹⁸² As mudanças começaram a ser sentidas com a aprovação, em 1980, do Projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, o qual acolhia as teses aprovadas no citado Congresso.¹⁸³

Como já abordado, a falta de critério médico para as internações nas instituições psiquiátricas era prática rotineira, e ocorria pelos mais diversos interesses. Quanto ao abandono dos pacientes nos hospitais psiquiátricos, Pedro Gabriel Godinho Delgado salienta que esse fato se devia, em primeiro lugar, à ideologia de que tratamento psiquiátrico só poderia ser feito em ambiente hospitalar fechado. Em segundo lugar, à situação objetiva de completa ausência de alternativas assistenciais fora do hospital, e por último, à inexistência de uma política de saúde mental de âmbito nacional, na medida em que sequer havia uma política nacional de saúde, pois conviviam dois sistemas que não se comunicavam: os hospitais asilares do Ministério da Saúde (para os chamados “indigentes”) e as clínicas privadas conveniadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), da Previdência Social (para os “segurados”, isto é, que tinham carteira de trabalho, mas eram, em geral, desempregados urbanos).¹⁸⁴

Para o sistema vigente, o “doente mental” (pacientes graves) era considerado incapaz, perigoso e não tinha possibilidade de melhorar o bastante para viver fora do

¹⁸¹ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 12.

¹⁸² ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 161.

¹⁸³ Idem, p. 170.

¹⁸⁴ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 13-14.

confinamento. A este entendimento somava-se a existência de raríssimos ambulatórios, e com baixa efetividade.¹⁸⁵

A visita de Basaglia ao Brasil e a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), com visitas públicas ao Hospital-Colônia de Barbacena, foram decisivos para as primeiras formulações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).¹⁸⁶ O citado MTSM, "o qual teve forte participação popular e se caracterizou pelo perfil não institucional"¹⁸⁷, nasceu da insatisfação (greves e demissões) em diversas unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), com o apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).¹⁸⁸

2.2 A Reforma Psiquiátrica: acertos e desacertos

O lema *Por uma Sociedade Sem Manicômios*, "proposto originalmente pelo movimento internacional Rede de Alternativas à Psiquiatria, originário de alguns países da Europa, como França e Itália"¹⁸⁹, foi adotado no II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (São Paulo - 1987), no qual participaram trabalhadores de saúde mental, usuários, alguns familiares e professores universitários. Esses atores trabalharam nas definições das estratégias e políticas a serem adotadas para o fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica. O movimento ganha força com

¹⁸⁵ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 13-14

¹⁸⁶ Idem, p. 13-14.

¹⁸⁷ NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. Rev. latinoamericana de psicopatologia fundamental, vol.17, no.2, São Paulo, jun, 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso#fn15> Acessado em dezembro de 2016.

¹⁸⁸ Idem

¹⁸⁹ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 16-17.

a participação ativa dos usuários de serviços de saúde mental, e passa a ser chamado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA).^{190 191}

A reestruturação da assistência psiquiátrica com foco na atenção integral e na redução progressiva da assistência hospitalar asilar buscava a garantia dos direitos do paciente como pessoa humana, bem como o regaste da cidadania do sujeito portador de transtorno mental, e passa a ser a mudança pleiteada pela Movimento Antimanicomial. Desse pleito, resulta , inicialmente, a "implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país"¹⁹², o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na Rua Itapeva, em São Paulo (SP), e depois com a experiência de Santos, SP."¹⁹³

Essa experiência comprovou ser possível o fechamento de hospitais psiquiátricos acusados de maus tratos aos pacientes substituí-los integralmente por

¹⁹⁰ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 16-17.

¹⁹¹ Segundo Vasconcellos, "O movimento antimanicomial constitui-se como um movimento social amplo, diversificado e pluralista, com base social principal em um espectro variado de profissionais e trabalhadores que atuam nas redes de saúde mental, com enormes diferenças no perfil de formação e posicionamento ético-político corporativo." O citado autor afirma também que no Brasil e no seu movimento antimanicomial, *Foucault e seus seguidores representam sem dúvida alguma a principal referência para pensar a história da psiquiatria e da reforma psiquiátrica*, apesar de todos os problemas teóricos e históricos que o debate posterior sobre sua obra foi revelando. Fonte: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

¹⁹² É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. Fonte: 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, p. 27. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > Acessado em dezembro de 2016. p.

¹⁹³ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 17.

equipamentos comunitários, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além de leitos de saúde mental em hospital geral.¹⁹⁴

Com a forte pressão por mudanças legislativas, o Deputado Paulo Delgado apresentou, em 1989, no Congresso Nacional, o Projeto de Lei 3.657, "fruto do debate coletivo e apoiado amplamente pelo movimento social"¹⁹⁵, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Após doze anos de tramitação, é promulgada a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. "Esse texto reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil."¹⁹⁶

A reforma psiquiátrica¹⁹⁷ significou substituir o modelo de assistência "*centrado em instituições totais, fechadas e em procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazos, marcadas por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais*"¹⁹⁸¹⁹⁹ por uma assistência baseada na "atenção psicossocial interdisciplinar no território, com serviços abertos, universais, de fácil acesso, inspirados na perspectiva de conquista dos direitos humanos e da cidadania de

¹⁹⁴ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 16-17.

¹⁹⁵ Idem, p. 18.

¹⁹⁶ BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, março 2008, p. 22.

¹⁹⁷ Segundo Vasconcellos, "as duas principais teorizações que sustentam os movimentos de reforma psiquiátrica e antimanicomial no Brasil e em alguns outros países, a foucaultiana (Foucault, 1961-1978) e a basagliana (Basaglia, 1981-1982, 2005; Amarante, 1996), se constituíram nas décadas de 1960 e 1970, em um contexto de pleno desenvolvimento do estado de bem-estar social na Europa, ainda sem o vislumbre no horizonte de uma eventual crise ou esgotamento de seu modelo"

¹⁹⁸ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 37

¹⁹⁹ Para Goffman, quando uma instituição social se organiza de modo a atender indivíduos (internados) em situações semelhantes, separando-os da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhes uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal (equipe dirigente) que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, ela apresenta a tendência de "fechamento" o que vai simbolizar o seu caráter "total". Esse caráter total da instituição age sob o internado de maneira que o seu eu passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social. Fonte: Revista HISTEDBR On-line, Campinas, n.33, p.289-294, mar.2009, p. 278. Disponível em <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/33/res01_33.pdf> Acessado em fevereiro de 2017.

seus usuários e familiares",²⁰⁰ serviços esses que deverão estar integrados intersetorialmente a sistemas únicos e públicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais.²⁰¹

A Reforma Psiquiátrica vai muito além da reestruturação da rede de atenção, pois envolve questões de natureza sociopolítica, "*como as relações sociais na sociedade mais ampla que sustentam o estigma, a discriminação, a segregação, a negligência, e a violência para com as pessoas com transtorno mental e seus familiares.*"²⁰²

Neste aspecto, pode-se afirmar que as Políticas Públicas ligadas ao campo da saúde mental²⁰³ devem ser fortalecidas pelo Estado, estando coadunadas com outros direitos fundamentais, assegurando a essa população o direito à vida, à liberdade, à igualdade, e à segurança, estabelecendo estratégias concretas para lidar com as pessoas com transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania.

Assim, a Lei 10.216/01 traz como regra precípua a inclusão dos portadores de transtornos mentais na vida em sociedade, aos quais devem ser respeitados pelas suas diferenças, e tratados como pessoas humanas dignas de respeito e atenção.²⁰⁴ A referida Lei vai ao encontro do lema proposto pela Organização Mundial da Saúde para o ano de 2001: "*Cuidar, sim. Excluir, não*".

A (re)inserção dos portadores de transtornos mentais no convívio social representa mudanças significativas nos conceitos da Psiquiatria, a qual tinha como parâmetro de tratamento o isolamento e tratamentos radicais.

Assim, sob o lema "*Cuidar, sim. Excluir, não*", inicia-se no Brasil, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde, a campanha mundial, com as seguintes

²⁰⁰ Idem, p. 37

²⁰¹ Idem, p. 37

²⁰² VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 38

²⁰³ Propõe-se, conseqüentemente o modelo biopsicossocial, o qual traz a ideia de integração, considerando saúde uma produção social, ou seja, como algo que tem relação com o biológico, mas que depende de uma série de outros determinantes sociais que estão implicados na vida de cada ser humano, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros. p.

²⁰⁴ Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

mensagens: a saúde mental é importante em todos os aspectos de saúde do ser humano; as doenças mentais são diagnosticáveis e se não tratadas podem gerar sofrimento para o indivíduo e perdas econômicas para a sociedade; doenças mentais são tratáveis. Prevenção e tratamento são possíveis e acessíveis, porém a maioria dos doentes ainda não é adequadamente tratada; problemas de saúde mental não podem ser resolvidos sem políticas nacionais de saúde, no sentido da promoção de saúde mental e de tratamento das doenças mentais; a pesquisa na área de saúde mental, das neurociências e das ciências sociais estão abrindo novas formas de entender as funções mentais e novas oportunidades no tratamento de pessoas com doenças mentais.²⁰⁵

Com o foco no retorno à vida em comunidade do paciente, a Lei 10.216/01 determina que seu tratamento deve ser, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental²⁰⁶, e em casos de internação, o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social em seu meio.²⁰⁷

Segundo o Ministério da Saúde, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passou a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90.²⁰⁸ No entanto, a implantação desse modelo, que priorizava o tratamento ambulatorial e a reinserção social do internado a longo prazo, sofreu severas críticas, principalmente por parte daqueles que lucravam com o modelo de tratamento asilar. Os principais opositores ao modelo de desinstitucionalização foram "os 'empresários da loucura' - proprietários de

²⁰⁵ Psychiatry on line Brasil. Part of The International Journal of Psychiatry. INSS 1359 7620. Atrade mark of Priory Lodge Education Ltd. Junho de 2001 - Vol.6 - N° 6. Disponível em < http://www.polbr.med.br/ano01/artigo0601_a.php#cima> Acessado em dezembro de 2016.

²⁰⁶ Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

²⁰⁷ Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

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

²⁰⁸ Segundo o Ministério da Saúde, o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Fonte: 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.

hospitais psiquiátricos, os quais se organizaram no Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), órgão que acabou por realizar críticas infundadas ao modelo público".^{209 210}

Contudo, a desinstitucionalização desses indivíduos representou o primeiro passo de re(tomada) de sua dignidade. Conforme aponta Pedro Gabriel Delgado, nos hospitais públicos estatais, cujo modelo era o asilar de confinamento (caracterizado por longas internações, em instituições fechadas e em regime de isolamento), os pacientes eram oriundos dos segmentos mais pobres da população, e "entre eles, certamente figuravam os usuários de álcool e outras drogas."²¹¹

A grande massa de pacientes internada nessas instituições era totalmente desprovidas de recursos financeiros, e por consequência impossibilitadas de reagir às atrocidades a que vinham sendo submetidas, o que favorecia a perpetuação do sistema de exclusão, sem qualquer perspectiva de discussão sobre seus direitos civis, políticos e sociais.

O fechamento dos leitos dos hospitais psiquiátricos é visto como um dos avanços da Reforma Psiquiátrica. A substituição deste modelo hospitalocêntrico e de exclusão por uma rede de serviços inseridos na própria comunidade marca o começo do fim da exploração do sofrimento humano com objetivos mercadológicos.

Contudo, a Lei da Reforma Psiquiátrica "não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios."²¹² O que tem sido alvo de críticas por parte

²⁰⁹ NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Rev. latinoamericana de psicopatologia fundamental*, FLvol.17, no.2, São Paulo, June, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso#fn15> Acessado em dezembro de 2016.

²¹⁰ Conforme aponta Priscila Simara Novaes, as clínicas eram privadas, porém eram pagas pelo setor público. Dessa forma, era importante ter os leitos sempre ocupados, e o mecanismo de financiamento funcionava como um estímulo a manter o paciente internado por períodos longos. Essa lógica mercantilista transformava cada paciente em um "cheque ao portador", conforme a expressão de um grande crítico do sistema de compra estatal de serviços de saúde, o sanitarista Carlos Gentile de Mello, nos anos 1970. Ocorria, portanto, segundo as críticas do MTSM, uma "mercantilização da loucura". Fonte: ²¹⁰ NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. *Rev. latinoamericana de psicopatologia fundamental*, FLvol.17, no.2, São Paulo, June, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso#fn15> Acessado em dezembro de 2016.

²¹¹ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma Psiquiátrica in: Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 14

²¹²Brasil. 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

daqueles que se colocam contra a desospitalização em massa. Somente em 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 52, estabeleceu *critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte, de modo a garantir a adequada assistência extra-hospitalar aos internos.*²¹³ Vasconcelos salienta que "a urgência da desinstitucionalização forjou programas eficazes para a desospitalização e a atenção às "descapacidades" de origem manicomial, mas não pode atender a tempo toda a nova complexidade que se foi criando."²¹⁴

A diminuição de leitos nos Hospitais Psiquiátricos deveria vir acompanhada do aumento dos serviços comunitários e de base extra-hospitalar, quais sejam: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS²¹⁵, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência e Cultura, etc. Este aumento, no entanto, só ocorreu entre os anos de 2002 e 2004 (chamado momento de expansão) e embora tenha sido significativo, se mostrou insuficiente para atender toda a demanda existente.²¹⁶

A redução de leitos está baseada em dois mecanismos gerenciais. O primeiro deles é o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, que decorre do cumprimento da PT GM/MS n.251/2002, pautado em processos avaliativos em todos os hospitais psiquiátricos públicos e conveniados ao SUS. O segundo é o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), estabelecido pela PT GM/MS n.52/04, que tem como um de seus componentes fundamentais a redução de leitos dos hospitais psiquiátricos de maior porte, numa *pactuação entre os gestores do SUS, hospitais psiquiátricos e instâncias de controle social, para a redução planejada de leitos, sem prejuízos da qualidade da*

Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. p. 8.

²¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 52 de 20 de janeiro de 2004. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html> Acessado em dezembro de 2016.

²¹⁴ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 27

²¹⁵ Segundo Saraceno, a "Reabilitação Psicossocial não pode ser uma empulhação, um pretexto para deixar pessoas entretidas, fazendo de conta que a vida está sendo vivida. Fonte: SARACENO, Benedetto. Libertando Identidades - da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001, 10.

²¹⁶ DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acessado em dezembro de 2016.

assistência.²¹⁷ Como resultado desses mecanismos, foram fechados, no período de 2002 a 2011, cerca de 45 mil leitos psiquiátricos, restando ainda 200.²¹⁸

A Declaração de Caracas (1990) foi decisiva para que a reestruturação da atenção psiquiátrica fosse vinculada à Atenção Primária de Saúde, promovendo modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais. Assim, a reforma psiquiátrica estabeleceu “novas diretrizes para a assistência em saúde mental, definindo as normas a serem seguidas para a implantação dos chamados Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).”²¹⁹ Porém, inicialmente, este modelo nos casos de intoxicação/abstinência em relação ao uso de drogas, não atendia a todas as necessidades dos usuários.²²⁰

Contudo, essa realidade passa a mudar a partir de 2002, devido ao aumento significativo do uso de substâncias psicoativas e de suas consequências associadas. Em virtude das particularidades que envolvem o tratamento desse grupo de pessoas, o Ministério da Saúde instituiu o “Programa Nacional de Atenção Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas, demonstrando uma vontade política direcionada à criação de serviços específicos para usuários e dependentes químicos.”²²¹

Segundo Vasconcellos,

"Mas especificamente no campo da política de saúde mental, na década de 2000, tivemos avanços significativos particularmente no campo legal, na diversificação da agenda e na ampliação do número de serviços de atenção psicossocial. Contudo, o cenário de fundo indicado acima produziu acentuada rotatividade dos trabalhadores, uma forte institucionalização das práticas e um número baixo de serviços efetivamente substitutivos como os CAPS III, serviços residenciais e bolsas do programa De Volta pra Casa. A difusão do *crack* e as demandas por novos tipos de serviços adequados à complexidade do problema, após um período curtíssimo de entrada da saúde no campo das drogas, geraram uma onda de práticas manicomial de internação forçada ou de internações em

²¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Ação Nacional - PT GM/MS nº 2.398/2011, p. 6

²¹⁸ ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 185.

²¹⁹ PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Revista Teoria e Pesquisa. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009, p. 209

²²⁰ Idem. p. 209.

²²¹ Idem, p. 209.

comunidades terapêuticas de cunho filantrópico, religioso ou mesmo lucrativo, que, mesmo quando voluntárias, são antagônicas aos ideais antimanicomiais."²²²

A cobertura dos CAPs, por municípios, entre os anos de 2002 e 2011, mostra a existência de uma assimetria regional no Brasil. "Os leitos se concentram principalmente nos grandes centros urbanos e isso tem causado a desassistência aos pacientes com transtornos mentais nos locais com baixa quantidade de leitos."²²³ Disso decorre a migração de indivíduos para outros estados e municípios, dificultando a formulação e a condução da política de desospitalização.²²⁴

A baixa disponibilidade de tratamento ambulatorial em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) propicia o aparecimento de comunidades terapêuticas particulares, o que, na prática representa a privatização da saúde, configurando assim, um verdadeiro retrocesso no campo de assistência à saúde mental.²²⁵

Além disso, a discriminação sofrida por estes sujeitos configura um impeditivo para a procura dos respectivos Centros de Atenção em busca de tratamento. "Muitos usuários perdem a oportunidade de terem acesso a um cuidado adequado por serem

²²² VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 64

²²³ DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acessado em dezembro de 2016.

²²⁴ Idem

²²⁵ De acordo com pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) em 2170 municípios, em 2012, 77,5% (equivalente a 1681) deles não possuíam uma unidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em sua localidade. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Observatório do crack: os Municípios brasileiros como protagonistas no enfrentamento ao crack. 2012. 208 p. Disponível em: <<http://portal.cnm.org.br/v4/v11/crack/pdf/crack2012.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2016. O problema também é frequente em Municípios que dispõem de equipamentos de atenção ambulatorial, porém em número insuficiente. À guisa de exemplo, importa mencionar que, em Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público Federal, o Município de São Paulo foi condenado à constituição de equipe multidisciplinar suficiente voltada à desinstitucionalização de pacientes portadores de transtorno mental, tendo em vista a omissão do Poder Executivo no cumprimento das políticas públicas estabelecidas na legislação infraconstitucional. BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região. AC 0012274-29.2008.4.03.6100. Relatora: Desembargadora Federal Cecília Marcondes. São Paulo, 10 de janeiro de 2014. Disponível em: <<http://www.trf3.jus.br>>. Acesso em 20 de janeiro de 2016.

vítimas de preconceito e estigmatização nos serviços de saúde."²²⁶ A reversão deste quadro só é possível com uma mudança de postura por parte dos profissionais.²²⁷

Esse tipo de tratamento discriminatório tem efeitos danosos na saúde mental e física do usuário e do dependente químico. "Consequências como perda da autoestima, restrição das interações sociais e perspectivas limitadas de recuperação influenciam negativamente no tratamento dos usuários de drogas."²²⁸

A mídia também tem exercido um papel destruidor da imagem destes sujeitos com suas informações deturpadas sobre a drogadição, que somadas à falta de conhecimento do público em geral sobre o transtorno, faz com que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar. Disso decorre o sofrimento do dependente com a desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação, o que alimenta um círculo vicioso em que o estigma encoraja o preconceito e a discriminação e estes, por sua vez, reforçam a ocorrência do estigma.²²⁹

Dessa forma, o usuário e dependente químico evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições, agravando os problemas de saúde. Ele tenta esconder sua condição dos outros, o que acaba lhe sendo muito prejudicial. E quando decidem buscar ajuda dos serviços de saúde, a adesão acaba sendo baixa, caracterizando idas e vindas aos postos de atendimento, em virtude, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória.²³⁰

A avaliação dos Hospitais Psiquiátricos instituída pelo PNASH/Psiquiatria, objetiva detectar os principais problemas na qualidade da assistência e assim melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS. Nas avaliações realizadas em 2002 e 2004 ficou demonstrado que não houve esforço para melhorar a qualidade da assistência hospitalar prestada, permanecendo os problemas referentes à falta de projeto terapêutico para os pacientes (ou projeto não condizente com a prática institucional); recursos humanos insuficientes; e alto índice de hospitais com pacientes

²²⁶ RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 8

²²⁷ Idem, p. 10.

²²⁸ RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014, p. 10.

²²⁹ Idem, p. 10.

²³⁰ Idem, p. 11-13.

com longa permanência.²³¹ "Esses dados mostram que, em geral, os hospitais não trabalham com a reinserção social dos pacientes, podendo gerar um processo de cronicidade nessa população."²³²

A Reforma Psiquiátrica ainda é um processo em curso, e a sua efetivação demanda recursos de todas as ordens. O grave problema enfrentado consiste na falta de investimentos para dar sustentabilidade técnica e financeira bem como promover a multidisciplinariedade no tratamento do paciente. Dados apontam que "o orçamento do MS destinado à saúde mental ainda é mínimo e irregular. Há anos, os gastos em saúde mental correspondem entre 2,2 e 2,9% dos gastos totais com a saúde."²³³

No contexto político-econômico atual, em que se observa a adoção de políticas neoliberais, com redução da intervenção do Estado no plano social, enxugamento e redução dos gastos e financiamentos governamentais nos serviços públicos e nas políticas sociais, entende-se que o campo da saúde mental terá grandes perdas o que impactará negativamente na implantação definitiva da reestruturação da Assistência Psiquiátrica, gerando retrocessos significativos nos processos de reforma psiquiátrica.²³⁴

O que se observa é que os Hospitais Psiquiátricos "que ainda não foram fechados estão sendo acompanhados e, na maioria dos casos, o não fechamento é resultado de ações judiciais."²³⁵ Nessas instituições persiste "as precárias instalações e serviços, além de ausência de projetos terapêuticos individualizados, a ênfase no tratamento medicamentoso e, na maioria das vezes, a cronificação e a dependência dos doentes mentais."²³⁶

²³¹ DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. p. 48. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acessado em dezembro de 2016.

²³² Idem, p. 48.

²³³ DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. p. 42-43. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acessado em dezembro de 2016.

²³⁴ A Emenda Constitucional 95/2016, publicada no DOU de 16/12/16, PÁG 02, COL 02, institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros.

²³⁵ DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. *Emancipação*, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. p. 49. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acessado em dezembro de 2016.

²³⁶ Idem, p. 49.

Além da falta de investimento e prioridades na área de saúde mental, o processo de redução de leitos psiquiátricos no Brasil enfrenta outros desafios que impedem sua efetivação, dentre os quais destaca-se a oposição constante da Federação Brasileira de Psiquiatria, dos setores mais conservadores e da Indústria Farmacêutica, a desqualificação de leitos e a cultura da população em relação ao doente mental.²³⁷

A Lei 10.216/01 traz em seu artigo 2º, os direitos da pessoa portadora de transtorno mental, bem como de seus familiares ou responsáveis, quando de seu atendimento nos serviços de saúde. O tratamento com humanidade e respeito é um dos impositivos da norma, sendo este sempre no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde.²³⁸

Também é consagrado ao portador de transtorno mental, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades,²³⁹ o que significa ter acesso a medicamentos, bem como a exames e diagnósticos pertinentes, o que, sem dúvidas, constituiu-se um grande avanço na efetividade de seu tratamento.

É assegurada ainda ao portador de transtorno mental a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, a garantia de sigilo de suas informações prestadas; o direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; o livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento e ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, e por fim, ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.²⁴⁰

²³⁷ Idem, p. 52.

²³⁸ Art. 2º

[...]

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

²³⁹ Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

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

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

²⁴⁰ ²⁴⁰ Art. 2º

[...]

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

Isto porque “o próprio processo de desinstitucionalização criou novas demandas, novos sujeitos de direito, como reiteradamente assinala Paulo Amarante, que exigem novas respostas.”²⁴¹

Com a garantia do direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, “busca-se uma atenção psicossocial interdisciplinar no território, com serviços abertos, universais, de fácil acesso, inspirados na perspectiva de conquista dos direitos humanos e da cidadania de seus usuários e familiares”.²⁴² Este atendimento deve-se operar de forma integrada intersetorialmente a sistemas únicos e públicos de saúde, assistência social e outras políticas sociais e públicas universais.²⁴³

2.3 O dependente químico e a sua internação involuntária

A Reforma Psiquiátrica transformou o modelo de assistência à saúde mental no país. Apesar de se tratar de uma norma fundamentada na desinstitucionalização, ela prevê três modalidades de internação, das quais duas operam-se sem o consentimento do paciente.

A internação prevista na norma, entretanto, tem natureza de subsidiariedade, visto que só poderá ser indicada, em qualquer de suas modalidades, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes para o tratamento, e mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.²⁴⁴

Assim, no campo da saúde mental, existem três tipos de internação psiquiátrica: 1) internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; 2)

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

²⁴¹ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 24

²⁴² VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 37.

²⁴³ Idem, p. 37.

²⁴⁴ Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e 3) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.²⁴⁵

A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deverá declarar, por escrito, sua opção por este tipo de tratamento, nos termos do art. 7º, caput da Lei 10.216/01. O término da internação dar-se-á por solicitação do paciente ou por determinação do médico assistente.²⁴⁶

A grande problemática, no entanto, gira em torno da internação sem o consentimento do paciente, visto estarem em conflito bens jurídicos tutelados pela Constituição Federal de 1988: o direito à vida e o direito à liberdade do indivíduo.

Conforme ensinamentos de Norberto Bobbio, "não há princípio abstrato que não admita exceções em sua aplicação,"²⁴⁷ de forma que, em que pese a conquista da liberdade, em todos os seus diversos aspectos, o indivíduo pode tê-la restringida em prol de um convívio social mais harmônico.

Na legitimidade das restrições de direitos, no entanto, deve-se observar o princípio da proporcionalidade ou da razoabilidade, que "em essência, consubstancia uma pauta de natureza axiológica que emana diretamente das ideias de justiça, equidade, bom senso, prudência, moderação, justa medida, proibição de excesso, direito justo e valores afins."²⁴⁸

O princípio da proporcionalidade ou da razoabilidade, "enquanto princípio geral do direito, serve de regra de interpretação para todo o ordenamento jurídico,"²⁴⁹ e sua

²⁴⁵ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

²⁴⁶ Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

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

²⁴⁷ BOBBIO, Norberto. Igualdade e Liberdade. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997, p. 10.

²⁴⁸ LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado. 20 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 178.

²⁴⁹ Idem, p. 178.

observação se faz presente nos casos em que há *colisão de valores constitucionalizados*.²⁵⁰

No que se refere à internação sem o consentimento do paciente, as posições se dividem, considerando ser o assunto de extrema complexidade. Há autores que entendem que a internação involuntária está "na contramão da humanização dos serviços e das conquistas do movimento da luta antimanicomial"²⁵¹, e enfatizam que alguns setores da sociedade querem repetir o paradigma asilar de tratamento como proposta de cuidado, trazendo o isolamento social dos usuários de drogas, contendo-os à revelia em instituições totais.²⁵²

Outros refutam a internação compulsória de dependentes químicos, maiores ou menores de idade, sob a alegação que esta "não lhes garante o direito à vida, ao contrário, constitui violação do seu direito à saúde."²⁵³ O interesse na internação não reside na preocupação com o paciente em si, mas na percepção de que as pessoas com transtornos mentais seriam violentas, e, dessa forma, constituem um riscos para os demais indivíduos, embora "a realidade é que as pessoas com transtornos mentais costumam ser mais vítimas que perpetradoras"²⁵⁴, conforme aponta a Organização Mundial de Saúde.

Vasconcellos chama a atenção para o que realmente está por detrás das internações compulsórias, principalmente nos grandes e médios centros urbanos, onde a segregação ocorre independente das velhas instituições totais. Para ele, "a *cultura do*

²⁵⁰ Idem, p. 178.

²⁵¹ ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. vol.16 no.4, São Paulo, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso> Acessado em dezembro de 2016.

²⁵² ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. vol.16 no.4, São Paulo, Dec. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso> Acessado em dezembro de 2016.

²⁵³ COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Revista Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr-jun. 2014, p. 360.

²⁵⁴ OMS. Organização Mundial de Saúde. Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: *Cuidar, sim. Excluir, não*, 2005, p. 7. Disponível em <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf> Acessado em dezembro de 2016.

individualismo e das formas mais frívolas de sociabilidade: indiferença, consumismo, culto ao corpo, narcisismo e simulacros de sonhos"²⁵⁵ convivem com as "formas mais agudas e inumanas de negligência e exclusão."²⁵⁶

Esse quadro de exclusão tem sido recorrente nas ruas e calçadas das cidades, e ainda segundo o referido autor, "a única exceção expressiva são as áreas turísticas, que são passíveis de programas de recolhimento involuntário ou até mesmo de internações compulsórias."²⁵⁷

A internação involuntária, isto é sem o consentimento do usuário, ocorre em duas modalidades. A primeira é a chamada involuntária propriamente dita e deverá ser comunicada ao Ministério Público, no prazo de setenta e duas horas, pelo responsável técnico do estabelecimento. A saída do paciente também deverá obedecer ao mesmo procedimento.²⁵⁸

Para o término da internação, nesta modalidade, é necessária a solicitação escrita do familiar ou responsável legal, cabendo também quando houver manifestação do especialista responsável pelo tratamento.²⁵⁹

A segunda modalidade de internação involuntária é denominada internação compulsória²⁶⁰, e é determinada pelo juiz competente, mediante a "possibilidade de

²⁵⁵ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 194-195.

²⁵⁶ Idem, p. 194-195.

²⁵⁷ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016, p. 194-195.

²⁵⁸ Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

²⁵⁹ Art. 8º

[...]

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

²⁶⁰ Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

risco à integralidade física, à saúde ou à vida do portador de transtorno mental ou a terceiros”²⁶¹

Ingo Sarlet utiliza-se da expressão “internação obrigatória” para designar o gênero das modalidades involuntária e compulsória.²⁶² A internação involuntária é medida extrema, pois se trata de restrição de liberdade de uma pessoa para submetê-la a tratamento ao qual não consentiu. Dessa forma, “somente deve ocorrer ‘quando esta se encontre num estado particularmente grave e corra sérios riscos, para si e para terceiros’”²⁶³

O Brasil, como Estado Democrático de Direito inaugurado pela Constituição Federal de 1988, após vivenciar uma Ditadura Militar de pouco mais de vinte anos, tem a liberdade como uma dos direitos fundamentais assegurados a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País.²⁶⁴

As leis civilistas também apontam no sentido de respeito à liberdade do indivíduo. A Lei 10.406/02 (Código Civil) é claro ao estabelecer que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.²⁶⁵ Assim sendo, “onde a liberdade é a regra, sua limitação deve ser justificada.”²⁶⁶

²⁶¹ MONTEIRO, Fábio de Holanda; ARONNE, Ricardo. Simão Bacamarte e as trocas impossíveis: percepções sobre a responsabilidade civil do psiquiatra por erro de diagnóstico na internação psiquiátrica compulsória. Revista A Barriguda, Campina Grande 4 [3] P. 194-0217| set-dez, 2014, p. 206

²⁶² SARLET, Ingo Wolfgang; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A Constitucionalização do Direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 1395.

²⁶³ SARLET, Ingo Wolfgang; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A Constitucionalização do Direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 1410.

²⁶⁴ Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade...

²⁶⁵ Art. 15. Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.

²⁶⁶ BOBBIO, Norberto. Igualdade e Liberdade. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997, p. 10

Portanto, cabe mais uma vez ressaltar, a internação só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes. E, em se tratando da modalidade compulsória, a internação deverá estar embasada no devido processo legal, visto tratar-se de processo judicial, e incorrer numa “espécie de ‘limitação civil ou administrativa a direito fundamental de defesa’, cuja natureza jurídicoconstitucional deve ser justificada e controlada com base na CF.”²⁶⁷

Em que pese a discussão quanto à constitucionalidade da internação compulsória, a jurisprudência a tem admitido, numa análise caso a caso, sempre fundamentada no princípio da dignidade da pessoa humana, e pautada em outros direitos constitucionais, como o direito à saúde, à vida e à segurança.

Sobre o tema, assim se posiciona Ingo Sarlet,

Em que pese haver opinião doutrinária no sentido de que a Lei nº 10.216/2001 estaria em descompasso com os parâmetros da CF, justamente por inexistir expressa autorização constitucional para imposição de restrição à liberdade do portador de transtorno mental em decorrência da internação compulsória, não se vislumbra que isso ocorra. A internação compulsória deve ser considerada como um direito ao tratamento, em estreita sintonia com o direito fundamental à saúde, à integridade física e psíquica do interno, e a segurança de terceiros, e não como uma medida destinada a buscar seu confinamento ou isolamento. O portador de transtorno psíquico tem o direito à saúde mental assegurado pela CF (arts. 6º e 196), direito este que possui estreita correlação com o direito à vida e com a dignidade da pessoa humana. Na seara jurisprudencial, o Superior Tribunal de Justiça já decidiu - sem nenhum questionamento sobre a constitucionalidade da medida -, pelo internamento obrigatório. O Tribunal sustentou que o objetivo último foi o resguardo, em primeiro plano, do portador de patologia mental e, em segundo, o da própria sociedade. Entendeu-se que não se buscou pura e simplesmente a restrição da liberdade, mas sim, fazer valer o direito fundamental à saúde mental, dado ter restado demonstrado por laudo médico especializado que o paciente era possuidor de transtorno mental que poderia ocasionar riscos não somente para si, mas também para terceiros, não se fazendo necessário, no caso, o uso anterior de recursos extra-hospitalares antes da medida de internamento.²⁶⁸

²⁶⁷ SARLET, Ingo Wolfgang; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. **A Constitucionalização do Direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 1411.

²⁶⁸ SARLET, Ingo Wolfgang; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. SARMENTO,

Em se tratando de conflito de valores consagrados na Constituição Federal, o operador do Direito se socorre do postulado da ponderação de valores, que consiste na "obtenção de equilíbrio e na ordenação de bens em conflito (ou tensão) por ocasião de determinado caso concreto,"²⁶⁹ onde se verificará: a) a inexistência de uma ordenação hierarquizada e abstrata de bens constitucionais; b) a estrutura de princípio de muitas normas constitucionais, que, por sua vez, implica a refutação de uma lógica do "tudo ou nada" e, portanto, exige a otimização e harmonização de tais princípios, especialmente nos casos de conflito; c) a possibilidade de uma diversidade de leituras dos conflitos de bens constitucionais em face de uma ausência de unidade de valores no âmbito da comunidade política, impondo cuidadosa análise dos bens em causa e uma rigorosa fundamentação no âmbito da resolução dos conflitos."²⁷⁰

A adoção da medida de internação compulsória também deverá obedecer ao princípio da proporcionalidade, segundo o qual três análises deverão ser feitas. A primeira diz respeito a da adequação, *em que se averigua se o meio serve para atender ao fim exigido*. A segunda se refere a da necessidade, *em que se verifica se o meio escolhido é o menos intrusivo possível* e, por fim, a da proporcionalidade em sentido estrito, *em que se analisam os custos e benefícios da medida restritiva*.²⁷¹ "Assim, uma vez configurada a desproporcionalidade da medida de internamento, torna-se cabível a impetração do habeas corpus."²⁷²

Uma vez determinada a internação compulsória, esta deverá ser cumprida durante o período em que se revelar necessária, e o tratamento deverá ter uma estrutura

Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A Constitucionalização do Direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 1416-1417.

²⁶⁹ SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 225.

²⁷⁰ SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 224-225.

²⁷¹ BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Juízo de ponderação na jurisdição constitucional. São Paulo: Editora Saraiva, 2009. p. 171-187.

²⁷² SARLET, Ingo Wolfgang; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A Constitucionalização do Direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 1426.

que ofereça "um atendimento multidisciplinar aos pacientes, ofertando-lhes assistência integral, por meio de serviços médicos, de assistência social, de psicólogos, de terapeutas ocupacionais, dentre outros,"²⁷³ tendo para estes cidadãos um olhar atento para suas subjetividades.

É vastíssima a jurisprudência com entendimento da admissibilidade da internação compulsória, desde que preenchidos os requisitos da Lei 10.216/01. Ocorre que da sentença que determina a internação, não raras vezes, apela-se refutando-se a responsabilidade do ente (estadual ou municipal) de assumir tal ônus. A título de exemplo, a Apelação Cível 0219447-65.2012.8.19.0001, na qual a Quinta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro aduz sobre a obrigação dos entes públicos de fornecerem tratamento para portadores de doenças psiquiátricas, garantindo aos que dele necessitarem o direito à saúde. A decisão foi fundamentada na possibilidade de tratamento em regime de internação quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes conforme previsão legal. Ressalta a decisão que, embora a Lei nº 10.216/2001 preconize pela extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a sua substituição por outros recursos assistenciais alternativos à internação hospitalar, não extinguiu possibilidade de tratamento em regime de internação.²⁷⁴ Frise-se ainda que ao Poder Público incumbe providenciar a internação em estabelecimento adequado que satisfaça as necessidades para cada caso específico.

O próximo capítulo é dedicado ao estudo mais detalhado da Lei 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com deficiência), na perspectiva da autonomia do dependente químico frente a essa nova legislação.

²⁷³ Idem, p. 1414-1415.

²⁷⁴ BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Acórdão na Apelação Cível 0219447-65.2012.8.19.0001. Relator: Nunes, Heleno Ribeiro Pereira. Data do julgamento: 31/01/2017. Disponível em <<http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=0004F2CA5F387F933D562DD1F8D0F20BB68FC506014C1C10>> Acessado em fevereiro de 2017.

3. O DEPENDENTE QUÍMICO NA PERSPECTIVA DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.1. A autodeterminação (ou o princípio da autonomia privada) no Estatuto da Pessoa com Deficiência

A Lei 13.146/15 - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência destina-se a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais para a pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Cuida do resgate da dignidade desse grupo de pessoas até pouco tempo invisíveis à sociedade, mas que, por força de uma nova racionalidade, têm seus valores reconhecidos como pessoas humanas merecedoras de respeito e atenção.

Esta lei, que regula os direitos da pessoa com deficiência em igualdade de condições com as demais pessoas, ainda é muito recente no ordenamento jurídico, e, portanto, sua interpretação e aplicação exigirá dos aplicadores do direito um olhar atento para não macular seu principal propósito.

Conforme salientou Daniel Sarmiento ao falar sobre a Dimensão Constitucional de Proteção da Pessoa com Deficiência no Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”, incluir consiste na adaptação da sociedade quanto ao atendimento das reais necessidades das pessoas com deficiência, o que difere de integrar, isto é, permitir que a pessoa conviva em sociedade, sem, no entanto, lhe dar as ferramentas necessárias ao seu pleno desenvolvimento.²⁷⁵

A nova perspectiva entende que o principal problema não é da pessoa com deficiência em si, mas sim das barreiras sociais existentes que a impedem de ser inserida na sociedade de maneira plena. Para Daniel Sarmiento, o ponto central do Estatuto da Pessoa com Deficiência é a igualdade. Uma igualdade que busca alcançar sua materialidade, isto é, ir além de seu sentido formal.

Quando se fala em igualdade, é preciso ampliar o campo de debate para inserir questões importantes relacionadas com a distinção entre igualdade estática e igualdade

²⁷⁵ Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”. Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/1532>> Acessado em agosto de 2016.

dinâmica; a aceitação da diversidade e a exigência de conviver bem com ela; as indagações em torno do conceito de normalidade; a reivindicação do direito à diferença, entre outros pontos.²⁷⁶ Isto porque, vive-se em uma sociedade de grande diversidade econômica e cultural, mas que a todos, sem exceção, deve ser garantido o exercício de seus direitos, visto que "a igualdade passou a constituir valor central para o direito constitucional contemporâneo".²⁷⁷

Flávia Piovesan destaca três vertentes correlatas à concepção da igualdade. A primeira ela chama de igualdade formal, reduzida à fórmula *todos são iguais perante a lei*. A autora faz referência, nesta concepção, à igualdade *que, ao seu tempo, foi crucial para a abolição de privilégios*. A segunda ela denomina de igualdade material, e que *correspondente ao ideal de justiça social e distributiva, estando orientada pelo critério socioeconômico*. A terceira concepção a citada autora também denomina igualdade material, mas correspondendo *ao ideal de justiça enquanto reconhecimento de identidades (igualdade orientada pelos critérios de gênero, idade, raça, etnia e demais critérios)*.^{278 279}

²⁷⁶ ABREU, Célia Barbosa. *Curatela & Interdição Civil*. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 17

²⁷⁷ SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoa com Deficiência In: *Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira*. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 118

²⁷⁸ DEFICIÊNCIA, *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 10.

²⁷⁹ Ingo Wolfgang Sarlet e Gabriela Bezerra Sales asseveram que a intenção do comando de que “todos são iguais perante a lei”, como já lecionava Pontes de Miranda, é em primeira linha destinada ao legislador, estabelecendo uma proibição de tratamentos diferenciados, o que, todavia, embora sirva para coibir desigualdades no futuro, não é suficiente para “destruir as causas” da desigualdade em uma sociedade. Os citados autores ressaltam que a igualdade em sentido material, além disso, significa proibição de tratamento arbitrário, ou seja, a vedação da utilização, para o efeito de estabelecer as relações de igualdade e desigualdade, de critérios intrinsecamente injustos e violadores da dignidade da pessoa humana, de tal sorte que a igualdade, já agora na segunda fase de sua compreensão na seara jurídicoconstitucional, opera como exigência de critérios razoáveis e justos para determinados tratamentos desiguais.

Para eles a compreensão material da igualdade, por sua vez, na terceira fase que caracteriza a evolução do princípio no âmbito do constitucionalismo moderno, para um dever de compensação das desigualdades sociais, econômicas e culturais, portanto, para o que se convencionou chamar de uma igualdade social ou de fato, embora também tais termos nem sempre sejam compreendidos da mesma forma. Fonte: SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoa com Deficiência In: *Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira*. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p.122-123.

A idéia de igualdade está necessariamente associada à de liberdade, visto que pelo princípio da indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos, acolhido pela Constituição Federal de 1988, "o valor da liberdade se conjuga com o valor da igualdade, não havendo como divorciar os direitos de liberdade dos direitos de igualdade."²⁸⁰

Liberdade e igualdade são direitos fundamentais consagrados na Constituição Federal de 1988 (art. 5º)²⁸¹, categorizados como direitos de primeira dimensão.²⁸² O termo "direitos fundamentais" se aplica àqueles direitos (em geral atribuídos à pessoa humana) reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado.²⁸³

É no viés da igualdade material, enquanto reconhecimento de identidades, que o Estatuto da Pessoa com Deficiência traz para o ordenamento jurídico a nova concepção do que é pessoa com deficiência, coadunando-se com os conceitos e diretrizes impostos pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a qual reconhece que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e de sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade.²⁸⁴

²⁸⁰ PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 91.

²⁸¹ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

²⁸² Ingo Sarlet assinala que os direitos fundamentais de primeira dimensão são o produto peculiar do pensamento liberal-burguês do século XVIII, caracterizados por um cunho fortemente individualista, concebidos como direitos do indivíduo frente ao Estado, mais especificamente, como direitos de defesa, demarcando uma zona de não intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder. São, por esse motivo, apresentados como direitos de cunho "negativo", uma vez que dirigidos a uma abstenção, e não a uma conduta positiva por parte dos poderes públicos, sendo, neste sentido, "direitos de resistência ou de oposição perante o Estado", Fonte: SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 274.

²⁸³ SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014, p. 263.

²⁸⁴ BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Os Estados Partes da presente Convenção, [...]

m) Reconhecendo as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades, e que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e de sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade e no significativo avanço do desenvolvimento humano, social e econômico da sociedade, bem como na erradicação da pobreza

Cumpra destacar, no entanto, que a Constituição Federal de 1988, já contemplava normas direcionadas à pessoa com deficiência, visando sua inclusão social.²⁸⁵ Além disso, ao constituir a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, consagra a todo ser humano um tratamento compatível com a sua natureza (humana). A dignidade da pessoa humana "impõe-se como núcleo básico e informador de todo o ordenamento jurídico, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional."²⁸⁶

Ao falar sobre o tema Reconhecimento da Capacidade Legal das Pessoas com Deficiência no "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e Direitos"²⁸⁷, Heloisa Helena Barboza, ressalta que o Estatuto da Pessoa com Deficiência vem numa perspectiva do reconhecimento do outro, definindo como reconhecimento, a identificação como atribuição de um valor positivo à pessoa, algo próximo do que se entende como respeito, ressaltando que a deficiência é parte da condição humana.

A luta pelo reconhecimento²⁸⁸ atinge vários segmentos sociais e remonta a longínquos tempos, não sendo essa problemática exclusiva das pessoas com deficiência, já que se vive em uma sociedade na qual é forte a desigualdade em todas as áreas: econômica, religiosa, racial, gênero etc. No que se refere à pessoas com deficiência, "a

²⁸⁵ Na realidade, a Constituição Federal de 1988 já tratava da Pessoas com Deficiência em seu texto. Além dos princípios da igualdade e da dignidade da pessoa humana, tem-se artigo art. 37, referente à obrigatoriedade de reserva de vagas (cotas); o artigo 227, § 1º, II (acessibilidade), entre outros.

²⁸⁶ PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 86

²⁸⁷ Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, Interesses e Direitos. Universidade Federal do Rio De Janeiro - Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas - Faculdade Nacional de Direito, 14-15 de setembro de 2016.

²⁸⁸ Para Axel Honneth, as três formas de reconhecimento são as seguintes: o amor, o direito, e a solidariedade. O amor é a forma mais elementar de reconhecimento. O amor se diferencia do direito no modo como ocorre o reconhecimento da autonomia do *outro*. No amor, esse reconhecimento é possível, porque há dedicação emotiva. No direito, porque há respeito. Em ambos, somente há autonomia quando há o reconhecimento da autonomia do *outro*. Fonte: SALVADORI, Mateus. HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Trad. de Luiz Repa. Revista *Conjectura*. Caxias do Sul, v. 16, n. 1, p. 189-192 jan./abr. 2011.

diferença era visibilizada para conceber o “outro” como um ser menor em dignidade e direitos, ou, em situações limites, um ser esvaziado mesmo de qualquer dignidade”²⁸⁹

No tratamento discriminatório e de exclusão, há de se identificar dois tipos de perda. Perde o sujeito que sofre a discriminação, visto que deixa de desenvolver suas potencialidades (qualidades/capacidades), deixando de contribuir socialmente através de uma relação de alteridade²⁹⁰; perde a sociedade, pois deixa de desfrutar outros conhecimentos (saberes), o que, sem dúvidas, enriquece as experiências de vida de todos. Além disso, esse grupo de pessoas, uma vez inseridos na sociedade, contribui ativamente na economia nacional, através de sua força de trabalho, como outro cidadão sem deficiência.

A pessoa com deficiência, pela sua vulnerabilidade, vinha sendo sistematicamente excluída do meio social, com graves violações às suas liberdades fundamentais. Até o advento da Reforma Psiquiátrica, a regra era a internação em instituições especializadas, pelos mais diversos motivos e interesses, mas que na verdade, tratava-se de confinamento do indivíduo, que, não raras vezes, caracterizava sua morte civil. "Em geral, o objetivo dessas instituições e centros era o de afastar as pessoas com lesões do convívio social ou o de normalizá-las para devolvê-las à família ou à sociedade. "²⁹¹

O direito de ser diferente está, portanto, na ordem do dia. Prima-se por uma igualdade que reconheça as diferenças e que estas não sejam impedimento para o exercício de direitos, mas que sejam respeitadas e superadas na construção de um mundo democrático. Neste sentido, as palavras de Boaventura Souza Santos,

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as

²⁸⁹ DEFICIÊNCIA, Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 10.

²⁹⁰ Alteridade (Do Lat. *alteritas*.) Estado, qualidade daquilo que é outro, distinto. Em outras palavras, alteridade é uma palavra referente a *alter* (o outro, em latim). É identificada como a qualidade da norma jurídica que, constituindo relações, contrapõe direitos de um aos deveres do outro. Nesse sentido, confira-se: SILVA, De Plácido e. *Vocabulário Jurídico*. Rio de Janeiro, 1999, p. 58.

²⁹¹ DINIZ, Débora. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2007, p. 15.

diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.²⁹²

Não com pouca frequência, observa-se que as leis têm se destinado a atender a interesses de grupos hegemônicos, quer na esfera econômica, quer na esfera política, nas quais o poder de pressão faz com que seus interesses prevaleçam sobre os demais. No entanto, igualdade exige que mesmos os grupos não hegemônicos tenham os mesmos pesos no atendimento de seus interesses, com o mesmo respeito e consideração. E, é nesse caminho de respeito aos direitos das minorias, que o Estatuto da pessoa com deficiência é inaugurado, objetivando garantir a participação desse grupo de pessoas na vida social, com os seus talentos e capacidades, eliminando para isso as barreiras existentes que impossibilitam essa inclusão.

Joyceane Bezerra de Menezes ressalta que "algumas dessas barreiras limitadoras têm sede no próprio ordenamento jurídico, como é o caso do regime das incapacidades e de alguns aspectos da curatela, disciplinados no Código Civil e no Código de Processo Civil brasileiros."²⁹³

O Código Civil de 2002 contemplava um sistema conservador em relação aos direitos das pessoas com deficiência no que se refere ao regime da capacidade civil²⁹⁴, sendo certo que esse grupo de pessoas não gozava do pleno exercício da autonomia da vontade. A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), em seus arts. 3º e 4º, respectivamente, disciplinava como absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, I- os menores de 16 (dezesseis) anos; II- os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a práticas desses

²⁹² SANTOS, Boaventura de Sousa. Reconhecer para libertar. Os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003, p. 56.

²⁹³ MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 496.

²⁹⁴ Segundo Caio Mário, "À *capacidade de direito* corresponde a *capacidade de gozo*; a *capacidade de fato* pressupõe a *capacidade de exercício*." Ainda segundo o citado autor, dando à primeira uma designação mais precisa, diz-se dela *capacidade de aquisição*, e da segunda *capacidade de ação*. PEREIRA, Caio Mário da Silva. Instituições de Direito Civil - Introdução ao Direito Civil - Teoria Geral de Direito Civil. V. I, 26ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 223. Atualmente, entende-se que a referida distinção serve para situações jurídicas patrimoniais, mas não para as existenciais. Os direitos fundamentais do indivíduo devem ser respeitados e só relativizados em nome de sua dignidade. ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, *passim*.

atos e III- os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade; e como relativamente incapazes a certos atos, ou à maneira de os exercer, I- os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos; II- os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; III- os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo e IV- os pródigos.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, por meio do art. 114, alterou o regime das incapacidades, revogando os incisos I, II e III do art. 3º da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), dando nova redação ao *caput*, para considerar como absolutamente incapazes apenas os menores de 16 (dezesseis) anos. Como relativamente incapazes, art. 4º do Código Civil, mantém o inciso II- os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, acrescentando o inciso III- aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.

Dispõe o art. 6º do Estatuto da Pessoa com Deficiência que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa,²⁹⁵ garantindo, deste modo, o exercício da autonomia da vontade desse grupo de pessoas, de forma que estes sujeitos poderão casar-se e constituir união estável; exercer os direitos sexuais e reprodutivos; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso às informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; conservar a sua fertilidade; exercer o direito à família e à convivência comunitária; e, exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, dando efetividade ao respeito das escolhas de vida de cada um.

Isso em reconhecimento de que as pessoas com deficiência gozam *de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida*, conforme preceitua a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.²⁹⁶

O respeito da autonomia individual da pessoa com deficiência constitui um dos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o

²⁹⁵ Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: I - casar-se e constituir união estável; II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

²⁹⁶ BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Art. 12 [...] 2.Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida.

que lhe permite o pleno desenvolvimento de sua personalidade. É por meio de sua autonomia que o indivíduo faz suas próprias escolhas, assumindo o governo de sua vida. "Autonomia é pois o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional."²⁹⁷ Promover a autonomia da pessoa com deficiência é permitir-lhe *ser* em sua integralidade. É permitir-lhe sua própria construção. Neste caso, o valor a ser perseguido é o da dignidade da pessoa humana e o pleno desenvolvimento de sua personalidade.²⁹⁸ ²⁹⁹ O direito à liberdade de escolhas é reiterado no art. 84 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o qual prevê o direito ao exercício da capacidade legal da pessoa com deficiência em igualdade de condições com as demais pessoas.³⁰⁰

Para Ingo Sarlet, a Lei Brasileira de Inclusão "inovou ao considerar a distinção entre deficiência e capacidade civil, orientando a promoção do livre desenvolvimento da pessoa e implicando em responsabilidade proporcional em graus de discernimento e de vulnerabilidade."³⁰¹

Para o exercício de sua liberdade de escolha, a pessoa deverá estar em gozo de capacidade de fato, o que, até a edição do Estatuto da Pessoa com Deficiência, era cerceado a alguns sujeitos, como já foi demonstrado. É importante ressaltar que

²⁹⁷ KANT, Immanuel. Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Traduzida por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2007, p. 77

²⁹⁸ No que se refere à personalidade, Gustavo Tepedino esclarece que *a rigor, há dois sentidos técnicos para o conceito de personalidade. O primeiro confunde-se com a noção de capacidade de gozo, associando-se à qualidade para ser sujeito de direito, conceito aplicável tanto às pessoas físicas quanto às jurídicas. O segundo, por outro lado, traduz o conjunto de características e atributos da pessoa humana, considerada como objeto de proteção prioritária pelo ordenamento, sendo peculiar, portanto, à pessoa natural.* Fonte: TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Personalidade e capacidade na legalidade constitucional In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 217.

²⁹⁹ No entendimento de Célia Barbosa Abreu, o Código Civil, ao empregar o termo *personalidade* como sinônimo de capacidade de direito, adota entendimento ultrapassado. Para ela, é preciso perceber a personalidade como valor objetivo, e não como capacidade jurídica ou subjetividade. Ressalta que a personalidade precisa ser vista como valor e bem desenvolvidos através de uma educação própria, por meio de escolhas próprias, estando sua ideia associada à de dignidade da pessoa humana. Fonte: ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 23.

³⁰⁰ BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

³⁰¹ SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoas com Deficiência In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 138.

"Personalidade e capacidade completam-se"³⁰², portanto, o desenvolvimento da personalidade fica prejudicado se o indivíduo não goza de capacidade civil que lhe permita atuar, de forma autônoma, em seus assuntos patrimoniais e extrapatrimoniais. Nas palavras de Caio Mário, "A privação total de capacidade implicaria a frustração da personalidade."³⁰³

Segundo Célia Abreu, "Os conceitos de capacidade e personalidade são conexos, mas não são sinônimos."³⁰⁴ Na doutrina clássica, a personalidade está relacionada à "aptidão para adquirir direitos e contrair obrigações".³⁰⁵ A *capacidade de direito* é a "aptidão oriunda da personalidade, para adquirir os direitos na vida civil"³⁰⁶. Esta, por sua vez, se distingue da *capacidade de fato*, "que é a aptidão para utilizá-los e *exercê-los por si mesmo*." Entretanto, nos dias atuais, entende a autora que tal qual se dá na Constituição Portuguesa, é possível extrair do sistema constitucional do Brasil de hoje que o direito à capacidade é sim um direito fundamental em si mesmo.³⁰⁷

A tutela da personalidade se encontra amparada na Constituição Federal de 1988. A este respeito, vale trazer à tona os entendimentos de Gustavo Tepedino ao versar sobre a cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana, pela qual a proteção jurídica do ser humano vai além do simples evitar a lesão ou a ameaça do cidadão, sendo necessário, ao revés, propiciar o próprio desenvolvimento de sua personalidade. Escreve o civilista:

A prioridade conferida à cidadania e à dignidade da pessoa humana (art 1º, II e III), fundamentos da República, e a adoção do princípio da igualdade substancial (art 3º, III), ao lado da isonomia formal do art 5º, bem como a garantia residual estipulada no art 5º, parágrafo 2º, CF, condicionam o intérprete e o legislador ordinário, modelando todo

³⁰² PEREIRA, Caio Mário da Silva. Instituições de Direito Civil - Introdução ao Direito Civil - Teoria Geral de Direito Civil. V. I, 26ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 223.

³⁰³ Idem, p. 223.

³⁰⁴ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 2a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014, p. 22

³⁰⁵ Idem, p. 22

³⁰⁶ PEREIRA, Caio Mário da Silva. Instituições de Direito Civil - Introdução ao Direito Civil - Teoria Geral de Direito Civil. V. I, 26ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 223

³⁰⁷ ABREU, Célia Barbosa. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015, p. 35.

o tecido normativo infraconstitucional com a tábua axiológica eleita pelo constituinte.³⁰⁸

A liberdade de escolhas sintetiza o conceito da *autonomia*,³⁰⁹ sendo ela (autonomia) "a base da dignidade humana e de qualquer criatura racional."³¹⁰ É decidir por si mesmo em todas as matérias que afetam de uma maneira ou de outra, com conhecimento de causa.³¹¹

A completa restrição da autonomia recai agora apenas aos menores de dezesseis anos, cuja incapacidade absoluta os impedem de assumir qualquer ato da vida civil. A regra é a capacidade, e dessa forma, "a curatela se confirma como uma medida *in extremis* que somente poderá ser utilizada nos restritos limites da necessidade do curatelado e para atender aos seus interesses."³¹² Com isso, "pretende o legislador que seja identificada, no caso concreto, a real capacidade de discernimento, tutelando-se a autonomia do sujeito o máximo possível."³¹³

Célia Abreu assevera que "se, de um lado, a curatela é medida restritiva de direitos, por outro lado, é medida protetiva do incapaz e deve atender aos seus

³⁰⁸ TEPEDINO, Gustavo. A tutela da Personalidade no Ordenamento Jurídico Civil-constitucional Brasileiro. In: *Temas de Direito Civil*, p. 47.

³⁰⁹ A etimologia da palavra autonomia vem do grego *autós* que significa próprio e *nomos* que significa norma. Etimologicamente autonomia revela o auto-governo, a possibilidade de ditar normas a si próprio.

³¹⁰ PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 88.

³¹¹ Esta definição de autonomia foi apresentada por Laura Rueda, Professora Doutora da Universidad de Chile, no Seminário Internacional e Interdisciplinar *Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, Interesses e Direitos*, realizado na Universidade Federal do Rio De Janeiro - Faculdade Nacional de Direito, nos dias 14-15 de setembro de 2016. A citada docente abordou o tema *Autonomia, Bioética Y derechos de las personas en situación de discapacidad psiquiátrica* e esclareceu que a referida definição é de autoria da escritora Maria Garcia, que a utilizou ao tratar da Bioética e o princípio da autonomia: a maioria kantiana e a condição do autoconhecimento humano no Livro *Bioética e Direitos Fundamentais*.

³¹² MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: *Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira*. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 512.

³¹³ TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. *Personalidade e capacidade na legalidade constitucional* In: *Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira*. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 224.

interesses."³¹⁴ Dessa medida protetiva decorre a designação de "um curador (do latim *curator*, de *curare*, cuidar).^{315 316}

Registre-se que, não obstante homenageie a autonomia individual, o Estatuto da Pessoa com Deficiência não extingue o instituto da curatela, estando esta prevista no art. 84, § 1º, sendo utilizada quando necessário, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o menor tempo possível.³¹⁷ O alcance do citado instituto se encontra disciplinado no art. 85, o qual dispõe que este afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, não atingindo o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.³¹⁸ Nos casos mais severos, no entanto, poderá ocorrer o que se passou a denominar de curatela de maior extensão.

A ideia é não interditar mais, e sim dar à pessoa com deficiência os mecanismos para que ela possa tomar suas decisões. Com este objetivo, surge a figura da *tomada de decisão apoiada*, que é um mecanismo de apoio ao exercício da capacidade legal, prevista no art. 116 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o qual inclui no Código

³¹⁴ ABREU, Célia Barbosa. *Curatela & Interdição Civil*. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 139

³¹⁵ *Idem*, p. 5.

³¹⁶ Célia Abreu define a curatela como medida protetiva da pessoa maior e que vem a ser declarada incapaz, e que consiste no encargo conferido a uma pessoa para que, em conformidade com os limites juridicamente determinados, cuide da pessoa declarada incapaz. Assevera ainda, a citada autora que trata-se de encargo público, obrigatório, pessoal, indivisível e gratuito, sendo que aquele que a exerce assume uma função de interesse social, resultante da solidariedade humana, que reclama a proteção dos incapazes pela constante e sensível intervenção da autoridade judiciária, sob a forma de fiscalização e coordenação. O curador não se confunde com o tutor, visto que tutela e curatela são institutos distintos. A tutela é instituto protetivo da incapacidade durante a menoridade, ao passo que a curatela supre a incapacidade de maiores. Fonte: ABREU, Célia Barbosa. *PRIMEIRAS LINHAS SOBRE A INTERDIÇÃO APÓS O NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL*. Curitiba: CRV, 2015, p. 22.

³¹⁷ Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

§ 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.

§ 4º Os curadores são obrigados a prestar, anualmente, contas de sua administração ao juiz, apresentando o balanço do respectivo ano.

³¹⁸ Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

§ 3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado.

Civil o art. 1.783-A,³¹⁹ em consonância ao disposto no art. 12, item 3³²⁰ da Convenção Internacional sobre as Pessoas com Deficiência, visando assegurar o reconhecimento da igualdade perante a lei destes sujeitos.

Na tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência irá tomar sua decisão com o apoio de duas pessoas. Nesse sentido, a tendência é a eliminação de todos os mecanismos que retirem a autonomia dessas pessoas, tornando-as *agentes capazes*, que têm autodeterminação, que na medida das possibilidades deve ser respeitada, conforme se expressou Daniel Sarmiento no Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”³²¹

A Professora Heloisa Helena Barbosa salienta que:

³¹⁹ Art. 1.783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

§ 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar.

§ 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no caput deste artigo.

§ 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio.

§ 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado.

§ 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação negocial pode solicitar que os apoiadores contra-assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado.

§ 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão.

§ 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz.

§ 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio.

§ 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada.

§ 10. O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria.

§ 11. Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela.

³²⁰ BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Art. 12 [...] 3. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal.

³²¹ Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”. Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, rio de Janeiro. Disponível em <http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/1532> Acessado em agosto de 2016.

Há de se destacar ainda que a tomada de decisão apoiada se inspira em modelos estrangeiros, como a figura do *amministratore di sostegno* (administrador de apoio), introduzido no Código Civil italiano (arts. 404 a 413) através da Lei n. 6/2004, e do sistema de apoio ao exercício da capacidade, previsto no art. 43 do novo Código Civil e Comercial da Argentina⁴³. A criação desses institutos em diferentes países, além de comprovar a força da Convenção mundo afora, também demonstra a necessidade de formulação de instrumentos de promoção e apoio da pessoa deficiente, que assegurem as condições de exercício da capacidade civil de maneira bem informada e esclarecida.³²²

Registre-se que a tomada de decisão apoiada é um mecanismo *facultado* à pessoa com deficiência. Ela "tem a faculdade de adotar o processo de tomada de decisão apoiada, que não tem procedimento processual específico previsto,"³²³ o que reforça o entendimento da não extinção da curatela. Continuam submetidos ao instituto da curatela, aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; os ébrios habituais e os viciados em tóxico e os pródigos.³²⁴

Sobre a autonomia da pessoa com deficiência, Ingo Sarlet chama a atenção para a superação do regime das capacidades ocorrida com a Lei Brasileira de Inclusão, a qual prestigia o protagonismo desse grupo de pessoas, numa presunção de capacidade e autonomia. Nas palavras do citado autor,

Ou seja, em razão da incidência do princípio da dignidade da pessoa humana e tendo em vista a promoção da autonomia da pessoa com deficiência, o Estatuto se caracteriza pela ampliação das diversas formas de manifestação da vontade o que implica na superação do regime das incapacidades. Assim, a despeito do aspecto patrimonial, reforçou a valorização do âmbito da autonomia existencial em uma perspectiva na qual a pessoa autônoma é, sobretudo, alguém que consegue a qualquer momento reinventar sua história, reconhecendo o ponto de partida e resignificando os pontos de chegada. Uma vez que

³²² BARBOZA, Heloisa Helena; ALMEIDA, Vitor. A capacidade civil à luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 252.

³²³ Idem, p. 236.

³²⁴ Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:

I - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;
 II - (Revogado);
 III - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;
 IV - (Revogado);
 V - os pródigos.

autonomia não se restringe a uma competência para a tomada de decisões que siga o padrão social em vigor, o que esse diploma legal enfatiza é a busca pela percepção da pessoa humana como protagonista, na medida em que a apreensão do fruto do seu discernimento traduza com a máxima fidelidade possível a singularidade e a subjetividade própria de cada um no esteio do princípio da presunção da capacidade e da autonomia.³²⁵

Fato é que a doutrina se debruça sobre o novo Diploma Legal, fazendo sua interpretação de forma sistemática ao novo paradigma trazido pela Convenção das Pessoas com Deficiência. Após a Constituição Cidadã, houve um crescimento do aspecto valorativo do Direito, no qual a doutrina passou a fazer referência ao chamado movimento de Constitucionalização do Direito, onde a Constituição passa a ser o centro do sistema jurídico, como assevera Luís Roberto Barroso:

A partir de 1988, e mais notadamente nos últimos cinco ou dez anos, a Constituição passou a desfrutar já não apenas da supremacia formal que sempre teve, mas também de uma supremacia material, axiológica, potencializada pela abertura do sistema jurídico e pela normatividade de seus princípios. Com grande ímpeto, exibindo força normativa sem precedente, a Constituição ingressou na paisagem jurídica do país e no discurso dos operadores jurídicos.³²⁶

No aspecto civil, por exemplo, Célia Abreu escreve que foi "difundido o fenômeno da *emigração das categorias jurídicas básicas do direito privado* para o texto constitucional."³²⁷ E, da mesma forma, normas do texto constitucional pátrio passaram a permear o tecido civil. Assim, não seria equivocado dizer que a Lei Brasileira de Inclusão guarda consonância com os dispositivos da Convenção Internacional sobre a Pessoa com Deficiência (recebida no ordenamento jurídico brasileiro como Emenda Constitucional), bem como com os fundamentos constitucionais antes dela consagrados. Tudo isto formando um contexto no qual o indivíduo é reconhecido como detentor do direito ao desenvolvimento pleno de sua personalidade, o que requer como condição *sine qua non* o respeito às suas escolhas individuais.

³²⁵ SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoa com Deficiência In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 138

³²⁶ BARROSO, Luís Roberto. Curso de Direito Constitucional Contemporâneo. Os Conceitos Fundamentais e a Construção do Novo Modelo. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 389.

³²⁷ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 9.

Mesmo às pessoas com dificuldade de expressão, devem ser assegurados mecanismos que possibilitem o respeito a suas vontades. Nesta linha de entendimento, se posicionou a Profa. Dra. Laura Rueda³²⁸, que ao participar do "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e Direitos", destacou a essencialidade da autonomia individual para as pessoas em situação de "discapacidad psiquiátrica", enfatizando que são pessoas que requerem cuidados, mas que, no entanto, devem ter respeitadas sua autonomia, sob pena de perda de suas liberdades fundamentais.

Ressaltou ainda a citada professora que a Bioética tem exercido papel de grande relevância no tratamento das pessoas com "discapacidad psiquiátrica", já que a Declaração Universal dos Direitos do Homem possui como um de seus princípios o pleno respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais.³²⁹ Mesmos aqueles que, de alguma forma não possam exercer sua autonomia, devem ter asseguradas as medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses³³⁰, devendo a pessoa em causa participar o mais possível no processo de decisão conducente ao consentimento e no conducente à sua retirada.³³¹ Afinal, não ter autonomia não significa não ter vontades.

Dessa forma, a vontade individual também passa a ser reconstruída pela observância do princípio da dignidade da pessoa humana, respeitando por óbvio, os princípios da liberdade e da igualdade substancial. Neste particular, consigna-se aqui o entendimento da autora deste trabalho no sentido de que "a dignidade da pessoa humana

³²⁸ Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, Interesses e Direitos. Universidade Federal do Rio De Janeiro - Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas - Faculdade Nacional de Direito, 14-15 de setembro de 2016.

³²⁹ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Art. 3º. Dignidade humana e direitos humanos. 1. A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados. 2. Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

³³⁰ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Art. 5º Autonomia e responsabilidade individual. A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses.

³³¹ Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Art. 7º Em conformidade com o direito interno, deve ser concedida protecção especial às pessoas que são incapazes de exprimir o seu consentimento: a) a autorização para uma investigação ou uma prática médica deve ser obtida em conformidade com o superior interesse da pessoa em causa e com o direito interno. No entanto, a pessoa em causa deve participar o mais possível no processo de decisão conducente ao consentimento e no conducente à sua retirada

constitui cláusula geral, remodeladora das estruturas e da dogmática do direito civil brasileiro",^{332 333} como assevera Gustavo Tepedino.

Pode-se afirmar que a luta pelo respeito aos direitos das pessoas com deficiência constitui-se num recorte da luta pelos direitos fundamentais de todas as pessoas. No entanto, por se tratar de um grupo de indivíduos que apresenta um grau elevado de vulnerabilidade, houve a necessidade de haver um regramento específico, um apoio formal do Estado, de maneira a possibilitar a implantação de medidas efetivas para inclusão desses sujeitos na sociedade, como cidadãos merecedores de respeito quanto ao exercício de seus direitos. Importa dizer ainda, que a acessibilidade imposta pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência é um direito fundamental e instrumental, visto que ela possibilita o exercício de outros direitos a esses cidadãos.

Ultrapassada a fase da segregação social das pessoas com deficiência, o que foi conseguido em decorrência da luta antimanicomial, cujo fruto no Brasil foi a Lei da Reforma Psiquiátrica, avança-se agora ao patamar de dar efetividade à inclusão desse grupo de pessoas nas diversas áreas sociais: saúde, educação, trabalho, moradia, cultura, esporte, turismo, lazer, transporte, sempre respeitando as próprias escolhas desses indivíduos. Como já exposto, deficiência não se traduz em incapacidade. O Estatuto da Pessoa com Deficiência homenageia a autonomia individual desses indivíduos como pressuposto básico ao pleno desenvolvimento de sua personalidade, em obediência à norma disposta no art 3º da Convenção Internacional (2007), que dispõe sobre o princípio da autodeterminação, na sua alínea "a", prevendo o respeito à dignidade inerente, à autonomia individual, inclusive à liberdade de fazer suas escolhas e à independência das pessoas com deficiência.³³⁴

A Professora Célia Abreu, pesquisadora sobre temas civis relacionados ao portador de transtornos mentais, ao falar sobre o tema: Autonomia e Dignidade do

³³² TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Personalidade e capacidade na legalidade constitucional In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 214

³³³ Célia Barbosa Abreu assevera que as cláusulas gerais devem ser compreendidas como informadoras dos princípios fundamentais, mecanismos capazes de oferecer maior flexibilidade e capacidade de expansão ao sistema, a fim de atingir a integração do ordenamento jurídico com os diversos elementos sociais, econômicos e culturais existentes. Fonte: ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

³³⁴ Brasil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Art. 3. Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;

Portador de Transtorno Mental no "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e Direitos", salientou que, quanto mais incluída na sociedade a pessoa estiver, maior sua autonomia e maior sua dignidade, ressaltando que, graças ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, já se vê o aumento das interdições parciais. Ressalte-se aqui, as palavras de Flávia Piovesan, no sentido de que "A ética dos direitos humanos é a ética que vê no outro um ser merecedor de igual consideração e profundo respeito, dotado do direito de desenvolver as potencialidades humanas, de forma livre, autônoma e plena."³³⁵

A perspectiva trazida pela Constituição Federal de 1988 consagra princípios norteadores a todo o ordenamento infraconstitucional, onde "A partir dela, os direitos humanos ganham relevo extraordinário, situando-se a Carta de 1988 como o documento mais abrangente e pormenorizado sobre os direitos humanos jamais adotado no Brasil."³³⁶ Nesse diapasão, integram os Direitos e Garantias Fundamentais o texto constitucional de 1988, os quais "são, assim, dotados de especial força expansiva, projetando-se por todo o universo constitucional e servindo como critério interpretativo de todas as normas do ordenamento jurídico."³³⁷

Pela leitura do art. 12³³⁸ do Estatuto da Pessoa com Deficiência, depreende-se o protagonismo do curatelado; a observância do melhor interesse do curatelado; a utilização da curatela no menor tempo possível; a observância da proporcionalidade; e o acompanhamento periódico.

³³⁵ DEFICIÊNCIA, Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 9.

³³⁶ PIOVESAN, Flávia. *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 84.

³³⁷ *Idem*, p. 91

³³⁸ Brasil. Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência). Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Art. Art. 12. O consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica.

§ 1º Em caso de pessoa com deficiência em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento.

§ 2º A pesquisa científica envolvendo pessoa com deficiência em situação de tutela ou de curatela deve ser realizada, em caráter excepcional, apenas quando houver indícios de benefício direto para sua saúde ou para a saúde de outras pessoas com deficiência e desde que não haja outra opção de pesquisa de eficácia comparável com participantes não tutelados ou curatelados.

Com a vigência do Novo Código de Processo Civil (Lei n. 13.105/15), a partir de 18/03/16, surge um conflito entre normas (Novo CPC e a LBI), já que o art. 1.072 do Novo CPC revoga: I- o art. 22 do Decreto-Lei no 25, de 30 de novembro de 1937; II- os arts. 227, 229, 230, 456, 1.482, 1.483 e 1.768 a 1.773 da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil); III- os arts. 2º, 3º, 4º, 6º, 7º, 11, 12 e 17 da Lei no 1.060, de 5 de fevereiro de 1950; IV- os arts. 13 a 18, 26 a 29 e 38 da Lei no 8.038, de 28 de maio de 1990; V- os arts. 16 a 18 da Lei no 5.478, de 25 de julho de 1968; e VI- o art. 98, § 4o, da Lei no 12.529, de 30 de novembro de 2011.

Este tema, entretanto, não é objeto deste trabalho, valendo dizer que a seu respeito já vem se debruçando a doutrina.

3.2. O legislador do Estatuto da Pessoa com Deficiência e a perda de uma chance de resgate e promoção da dignidade do dependente químico.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.³³⁹ Apesar deste rol de deficiências, entende-se que a deficiência em si mesma compreende uma definição aberta e dinâmica, o que se denota da própria expressão *pessoa com deficiência*, dado que esta se amoldará a cada indivíduo de acordo com as condições de sua personalidade.

Portanto, acredita-se que este rol trazido pelo legislador é meramente exemplificativo de impedimentos. Sobre isto, com apoio nos princípios da isonomia e da dignidade da pessoa humana, aponta Célia Abreu que "É preciso admitir que, em realidade, *a relação de espécies de deficiência trazidas pela Convenção Internacional e*

³³⁹ Brasil. Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência). Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

acolhidas no Estatuto da Pessoa com Deficiência é meramente exemplificativa, nunca exaustiva."³⁴⁰

A partir desse entendimento, surgem as seguintes indagações: todos os indivíduos portadores de transtornos mentais estariam contemplados pelas proteções jurídicas consagradas no Estatuto da Pessoa com Deficiência ou somente os deficientes psíquicos e intelectuais? Sendo o dependente químico classificado como portador de transtorno mental, estaria amparado pelos direitos previstos no Estatuto da Pessoa com Deficiência? O dependente químico poderia ser considerado pessoa com deficiência?

Acredita-se que as respostas a estas questões devem ser extraídas da *exegese* da Constituição Federal de 1988, agora acrescida dos dispositivos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que ordena a interpretação de toda legislação infraconstitucional.

Como já comentado, o Estatuto da Pessoa com Deficiência é norma recente e muitas questões ainda não foram enfrentadas. Nesse sentido, a comunidade acadêmica (e jurídica) tem se valido de seminários e encontros para um estudo mais aprofundado sobre o tema, com a consequente produção literária.

Note-se que a única alusão direta ao sujeito dependente químico que o Estatuto da Pessoa com Deficiência faz encontra-se no art. 114, ao reafirmar a incapacidade relativa dos *ébrios habituais* e *viciados em tóxicos*, já prevista no Código Civil de 2002, incluindo também nesse rol, aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.³⁴¹

Não há dúvidas que a drogadição pode acarretar o comprometimento do indivíduo, tanto no aspecto físico como também no psíquico. No entanto, "para a declaração da incapacidade de uma pessoa é necessária prova cabal nesse sentido,"³⁴²

³⁴⁰ ABREU, Célia Barbosa. A curatela sob medida: notas interdisciplinares sobre o estatuto da pessoa com deficiência e o novo CPC. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 535.

³⁴¹ Art. 114. A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), passa a vigorar com as seguintes alterações:

[...]

“Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

.....

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

³⁴² ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 32

ressaltando que "a incapacidade daquele que foi interditado se dará 'nos estritos limites legais', sendo certo que para os portadores de transtorno mental esses limites advêm das 'enfermidades que impossibilitem ou dificultem o discernimento e/ou a sua manifestação'"³⁴³

Entende-se que a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) veio ratificar o entendimento equivocado do Código Civil de 2002, mantendo os ébrios habituais e os “viciados em tóxicos” como pessoas relativamente incapazes de exercer determinados atos na vida civil. Pode-se afirmar que essa classificação é preconceituosa e discriminatória, o que afronta os princípios consagrados na Carta Magna de 1988. O Estatuto da Pessoa com Deficiência trabalha, neste caso, com uma presunção de incapacidade. Trata-se de uma visão estereotipada do dependente químico, numa generalização de incapacidade, o que só se poderia afirmar após uma análise caso a caso, rotulando-o como inábil para a tomada decisões sem a devida assistência, ferindo, dessa forma, sua dignidade como pessoa humana.

Com a vigência do Novo Código de Processo Civil (Lei n. 13.105/15) a partir de 18/03/16, e consequente revogação dos dispositivos sobre matéria de *Interdição* (art. 1.768 a 1.773) do Código Civil/02, já comentada no item anterior, o Senado Federal acena com proposta de mudança na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, por meio do Projeto de Lei 757/15³⁴⁴, trazendo de volta a antiga teoria das incapacidades, com a revogação dos incisos II, IV, VI e VII do art. 123 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, e das alterações promovidas pelo art. 114 dessa lei nos arts. 3º, 4º, 1.548, 1.767, 1.769 e 1.777 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

Merece destaque o fato de que, neste projeto novamente, no que se refere à capacidade civil do dependente químico, nada muda vez que este sujeito continuará, *de forma generalizada*, como pessoa relativamente incapaz, e, desta vez, equiparado a pessoas que tenham o discernimento *severamente* reduzido³⁴⁵, o que afronta o princípio

³⁴³ Idem, p. 33

³⁴⁴ Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 757, de 2015. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=184202&tp=1>. Acessado em junho de 2016.

³⁴⁵ Art. 4º O inciso II do art. 3º, o inciso II e o parágrafo único do art. 4º, o inciso I do art. 1.548 e os arts. 1.767, 1.769, 1.772 e 1.777 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 3º

II– os que, por qualquer motivo, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

da autonomia da vontade bem como o da dignidade da pessoa humana. Atualmente, o Projeto de Lei citado se encontra na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, sob a responsabilidade da relatora Lídice da Mata.³⁴⁶

É importante deixar claro que o dependente químico pode ser ou estar relativamente incapaz ou não, como qualquer cidadão, seja ele portador de transtorno mental ou não, conforme afirma Célia Barbosa Abreu em seus estudos sobre *portadores de transtornos mentais*. Na análise dos direitos das pessoas com deficiência, a citada doutrinadora ressalta a importância da adequação da proteção jurídica para não se vincular automaticamente a condição de pessoa com deficiência a qualquer presunção de incapacidade, mas garantir que qualquer pessoa, com ou sem deficiência, tenha o apoio de que necessite para os atos da vida civil. Neste sentido, uma análise caso a caso é a mais adequada para se averiguar a real condição de cada indivíduo, procurando a melhor medida que garanta o pleno exercício de seus direitos fundamentais.³⁴⁷

Pela análise das mudanças legislativas abordadas no Capítulo I, pode-se constatar que o dependente químico sai da condição análoga a de psicopata, para a de sujeito merecedor de respeito e dignidade, com a Lei 11.343/06 (Lei Antidrogas), o que significou um grande avanço. No que se refere aos portadores de transtorno mental, de uma maneira geral, pode-se afirmar que "para proteger o portador de transtorno mental, o Direito já não tem pura e simplesmente a postura de lhe retirar a capacidade de fato, mas sim a de lhe conceder direitos."³⁴⁸

Mesmo ao dependente químico, cuida o ordenamento jurídico pela sua recuperação e retorno às atividades sociais, como se depreende da atual legislação de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, que dentre outras medidas, prima pelo fortalecimento da autonomia e da responsabilidade

..... (NR)"

"Art. 4º

II- os ébrios habituais, os viciados em tóxicos e os que, por qualquer causa, tenham o discernimento severamente reduzido;

³⁴⁶ Brasil. Senado Federal. Disponível em < <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/124251>> Acessado em janeiro de 2017.

³⁴⁷ ABREU, Célia Barbosa. A curatela sob medida: notas interdisciplinares sobre o estatuto da pessoa com deficiência e o novo CPC. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 508.

³⁴⁸ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 50

individual desses sujeitos.³⁴⁹ Isto porque, deve-se ter como principal eixo a dignidade da pessoa humana, fundamento da Constituição Federal de 1988, o qual vincula toda a prática existente em torno de todos os direitos, inclusive os do dependente químico.

Sendo a personalidade tutelada amparada pela Constituição Federal de 1988, "a legislação infraconstitucional só pode impor restrições às garantias individuais ou sociais na medida em que a disciplina normativa encontre respaldo na própria dignidade humana."³⁵⁰ O Estatuto da Pessoa com deficiência *ignora* a situação do dependente químico, já que se limita a apenas repetir comando normativo antes existente, sem critérios definidos e transparentes, mantendo-os como relativamente incapazes a certos atos ou à maneira de os exercer³⁵¹, diferentemente da nova perspectiva adotada para os demais indivíduos abrangidos pelo referido Estatuto, cuja a autonomia plena é um dos objetivos propiciado pela norma. "Como a incapacidade é uma restrição ao poder de agir, deve ser sempre encarada *stricti iuris*, e sob a iluminação do princípio segundo o qual a *capacidade é a regra e a incapacidade a exceção*."³⁵²

Quanto à primeira indagação, *os indivíduos portadores de transtornos mentais estariam contemplados pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência?* Stella Reicher, no Seminário "Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas", promovido pelo Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ³⁵³, sustenta que não há dúvidas de que as pessoas relacionadas com a saúde mental estão amparadas na Lei Brasileira de Inclusão. Esse entendimento pode ser depreendido do princípio geral da hermenêutica das normas

³⁴⁹ BRASIL. Lei de Drogas. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:
[...]

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

³⁵⁰ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 29

³⁵¹ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos;

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade;

IV - os pródigos.

³⁵² PEREIRA, Caio Mário da Silva. Instituições de Direito Civil - Introdução ao Direito Civil - Teoria Geral de Direito Civil. V. I, 26ª ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 228.

³⁵³ Seminário "Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas". Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/1532>> Acessado em agosto de 2016.

garantidoras de preceitos fundamentais, segundo o qual se adota uma interpretação sempre mais generosa e expansiva desses direitos e restritiva às restrições a eles. Desse modo, por observância ao princípio da igualdade e da não discriminação "[...] os direitos humanos fundamentais reconhecidos nesta lei são garantidos para todas as pessoas com deficiência, qualquer que seja ela (ex.: emocional, psicossocial ou outra) [...]"³⁵⁴

Sobre o tema, pontua Célia Barbosa Abreu,

Outro contributo da convenção destacado é o fato de enfrentar a discriminação contra as pessoas com deficiência e aquelas com transtornos mentais, assegurando-lhes todos os direitos viabilizados a qualquer cidadão. Na ausência de discriminação, se teria a efetivação da isonomia. Este diploma normativo teria vindo resguardar os interesses das pessoas com deficiência "física", "sensorial" e "mental", além daqueles com deficiência "intelectual" (ALMEIDA; DIREITO, 2014: 16).

Contudo, da leitura do Preâmbulo da Convenção (2007) percebe-se que esta não traz nenhuma referência a um único diploma internacional voltado para as pessoas com transtornos mentais. Estes documentos existem e a eles não se fez alusão, o que põe em dúvida se, de fato, quando da elaboração da Convenção, se intentava realmente tutelar também os interesses dos portadores de transtornos mentais.³⁵⁵

No entanto, entende a citada autora, comparando as situações das pessoas com deficiência e aquelas chamadas de portadoras de transtornos mentais, que "*estando em situações não iguais, porém similares, não podem ser negados tais direitos a todos os portadores de transtornos mentais.*"³⁵⁶ Justifica seu posicionamento pelo fato de que entendimento diverso ofenderia o princípio da isonomia.

Quanto à segunda e terceira indagações – "*Sendo o dependente químico classificado como portador de transtorno mental, estaria ele amparado pelos direitos previstos no Estatuto da Pessoa com Deficiência? O dependente químico poderia ser considerado pessoa com deficiência?*" – entende-se serem elas questões interdependentes, na medida em que uma resposta positiva à segunda vincula uma resposta positiva à primeira.

³⁵⁴ ABREU, Célia Barbosa. A curatela sob medida: notas interdisciplinares sobre o estatuto da pessoa com deficiência e o novo CPC. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 535

³⁵⁵ Idem, p. 534.

³⁵⁶ Idem, p. 535.

Antes de analisar estas indagações, no entanto, cabe algumas considerações quanto à definição de pessoa com deficiência.³⁵⁷ Como já exposto no Capítulo I, com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que é espelho da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, houve uma mudança de paradigma na conceituação desse grupo de pessoas. O modelo adotado passou a ser o *social*, em substituição ao modelo *médico*. No modelo social, não é a pessoa que tem a deficiência. O que ocorre é o reflexo de uma limitação funcional em relação à acessibilidade ou não ao espaço em que ela se relaciona. Para Colin Barnes, modelo social “no consiste más que en un énfasis en las barreras económicas, medioambientales y culturales, que encuentran las personas a las que otros consideran con algún tipo de diversidad funcional.”³⁵⁸

Dessa definição, pode-se extrair a assertiva de que toda pessoa que tiver impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial (ou outra) e estiver diante de barreiras será considerada pessoa com deficiência.

No que se refere ao dependente químico, verifica-se que sua plena inserção social passa pela não limitação de sua capacidade civil de forma generalizada como vem ocorrendo em nosso ordenamento jurídico. A melhor doutrina sustenta que o modelo atual de incapacidades é falho, e que erros são cometidos ao se valer do critério de discernimento.³⁵⁹

É importante deixar claro que a capacidade de uma pessoa deve ser avaliada levando em consideração outros critérios além de seu discernimento. Neste sentido, devem ser considerados sua vontade e seu sentimento, dentre outros critérios, de forma a permitir o pleno desenvolvimento da personalidade desse indivíduo.

Assim, "uma eventual medida restritiva (considere-se aí aquela ao direito fundamental à capacidade) precisa estar conforme não só a um *fundamento legal*, mas

³⁵⁷ Brasil. Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência). Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Art. 2^º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

³⁵⁸ PALACIOS, Agustina. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Ediciones CINCA, 2008, p. 121.

³⁵⁹ ABREU, Célia Barbosa. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015, p. 34.

deve ainda ser *proporcional*.³⁶⁰ Portanto, a restrição de direitos a esse indivíduo deve se dar à luz do princípio da proporcionalidade, avaliando a necessidade-adequação-proporcionalidade, sob pena de ferir sua dignidade como pessoa humana.

Apenas a título de comparação, na ordem jurídica francesa, por exemplo, desde 1968, já não se fala em “incapacidade civil”. O uso inadequado dessa expressão estigmatizante foi substituído pelas expressões “proteção jurídica dos maiores de idade” e “proteção jurídica dos menores de idade.”³⁶¹

Indo para um país mais próximo, na América Latina, merece destaque o Código Civil Argentino, que entrou em vigor a partir 1º de agosto de 2015 e que apresenta importantes mudanças no que se refere à “tutela da pessoa humana”. Adota, o citado diploma legal, a capacidade civil como regra, e sua restrição ocorrerá em caráter excepcional, e sempre em benefício da própria pessoa.

Neste sentido, dispõe no art. 31. “a” que “la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial”.³⁶² Esse dispositivo vem em consonância com o art. 23 o qual prevê que “Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial.”³⁶³

FRANCISCO J. BARRIFFI assevera que “No existe efecto más grave para una persona que la denegación de la 'capacidad' de decidir”³⁶⁴. Defende o citado autor que a

³⁶⁰ ABREU, Célia Barbosa. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015, p. 36.

³⁶¹ Idem, p. 69.

³⁶² ARGENTINA, Ley 26.994/14. ARTÍCULO 31 - Reglas generales. La restricción al ejercicio de la capacidad jurídica se rige por las siguientes reglas generales:

- a. la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial;
- b. las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona;
- c. la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial;
- d. la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión;
- e. la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios;
- f. deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades.

³⁶³ ARGENTINA, Ley 26.994/14. ARTÍCULO 23.- Capacidad de ejercicio. Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones expresamente previstas en este Código y en una sentencia judicial.

³⁶⁴ BARRIFFI, Francisco J. El régimen de incapacidad del Código Civil argentino a la luz de la Convención Internacional sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, p. 6.

restrição de qualquer direito humano básico deve ter em vista um objetivo legítimo e os meios empregados para conseguí-lo não devem ser desproporcionais à sua obtenção. A perspectiva adotada pelo novo Código Civil Argentino aproxima-se das concepções mais modernas de direitos humanos. Na citada legislação, "o pródigo não é interdito em sua capacidade mas pode ser inabilitado para a prática de atos específicos",³⁶⁵ procedimento aplicado "não apenas aos pródigos, mas aos ébrios habituais e às pessoas com discernimento reduzido"³⁶⁶

Joyceane Bezerra de Menezes assevera que todo ser humano, em menor ou maior medida tem capacidade de agir e que "o discernimento é a baliza que orienta o exercício dessa capacidade, especialmente, quando as escolhas que se pode fazer trazem efeitos jurídicos para a esfera pessoal ou de terceiros."³⁶⁷ Enfatiza a citada autora que "O foco, porém, está no discernimento necessário e não no diagnóstico médico de uma deficiência psíquica ou intelectual *per se*."³⁶⁸

No entanto, Célia Abreu questiona o *critério do discernimento como inábil para determinar a incapacidade para a prática dos atos da vida civil*, chamando a atenção para a necessidade de se respeitar a dignidade da pessoa com transtorno mental.³⁶⁹ Isto porque, além do discernimento, deve-se averiguar, em cada caso concreto, todas as *potencialidades dessa pessoa, e nas mais diversas áreas*, para que se afastem quaisquer *obstáculos injustificáveis ao seu desenvolvimento*.³⁷⁰ Deve-se levar em consideração também, como já mencionado, sua vontade e seus sentimentos.

A avaliação caso a caso, com a adoção de justa medida para cada indivíduo, vai ao encontro dos preceitos da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, que se centra mais nas capacidades da pessoa do que nas suas deficiências, com vistas a eliminar os

³⁶⁵ MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 507

³⁶⁶ Idem, p. 507.

³⁶⁷ Idem, p. 499.

³⁶⁸ Idem, p. 499.

³⁶⁹ ABREU, Célia Barbosa. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 15.

³⁷⁰ ABREU, Célia Barbosa. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015, p. 34- 35.

impedimentos de seu entorno e assim propiciar o seu acesso e inclusão ativa no meio social.

A figura do dependente químico sempre foi maculada pelo forte *estigma* que essa condição possui na sociedade, sendo sua capacidade, não medida, mas determinada pela sua situação de dependência, numa atitude discriminatória. Erving Goffman trabalha a categoria de estigma sob a perspectiva da situação do indivíduo que está inabilitado para ser aceito plenamente pela sociedade, dada a existência de um atributo depreciativo a seu respeito.³⁷¹ É diante deste fenômeno social da discriminação e do preconceito que se encontra o dependente químico, que, na grande maioria das vezes, não detém a chance de participar da vida social sem ser discriminado.

Ao falar da discriminação sofrida pelas pessoas com deficiência, Flávia Piovesan assevera que

Vale dizer, a discriminação significa toda distinção, exclusão, restrição ou preferência que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o exercício, em igualdade de condições, dos direitos humanos e liberdades fundamentais, nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. Logo, a discriminação significa sempre desigualdade.³⁷²

Sustenta ainda a citada autora que não basta proibir a discriminação. A igualdade só será assegurada mediante "estratégias promocionais capazes de estimular a inserção e inclusão de grupos socialmente vulneráveis nos espaços sociais."³⁷³ Desse modo, é importante ter-se como começo, o banimento do ordenamento jurídico de qualquer traço (nomenclatura ou procedimento) que remeta à estigmatização de um indivíduo. Isto

³⁷¹ Segundo Rose Melo Vencelau Meireles, Goffman, ao tratar do estigma como uma forma de discriminação, utiliza-se de duas categorias: a) a condição de .desacreditado.; e b) a condição de desacreditável.. A primeira pode compreender três tipos de estigmas diferenciados: 1. as abominações do corpo (as várias deformações físicas); 2. as culpas de caráter individual percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidades... vícios, alcoolismos, homossexualismo, etc; e 3. os estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos através de uma linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. *Autonomia Privada e Dignidade Humana*, p. 14

³⁷² DEFICIÊNCIA, *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 17

³⁷³ DEFICIÊNCIA, *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014, p. 17.

porque, a regra é a não discriminação, quer de maneira geral para todos³⁷⁴, quer especificamente para pessoa com deficiência,³⁷⁵ em observância ao princípio da não discriminação. O uso do termo *incapacidade civil* tem sido criticado pela doutrina que entende ser esta uma "expressão estigmatizante e que contribui para a exclusão social."³⁷⁶

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, da United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC, aponta que cerca de 246 milhões de pessoas, isto é, um pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2013. Dentre estes, destaca que em torno de 27 milhões são considerados usuários de drogas problemáticos. A entidade assevera que é necessário trabalhar mais para promover a importância de se entender e abordar a dependência como uma condição crônica de saúde a qual, assim como diabetes ou hipertensão, requer tratamento e cuidados sustentados a longo prazo. Estigmatizar o sujeito dependente químico em nada colabora para sua recuperação, pelo contrário, retira desse indivíduo o direito de viver em condições de igualdade na sociedade.

Reitera-se que qualquer restrição de direitos deve ter como objeto, em primeiro lugar, o interesse da pessoa envolvida, a ser, exemplificativamente, internada ou declarada interdita, pois só assim se está diante de uma ato amparado no princípio da dignidade da pessoa humana.

Para Luiz Cláudio de Almeida,³⁷⁷ não é o fato de interditar a pessoa que vai ajudá-la. Pelo contrário, muitas vezes, até piora sua situação. Ressalta ainda, que a audiência judicial, no curso de um procedimento de interdição, por exemplo, em si

³⁷⁴ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

[...]

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

³⁷⁵ Brasil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Art. 3. Os princípios da presente Convenção são: [...])b) A não-discriminação;

³⁷⁶ ABREU, Célia Barbosa. A curatela sob medida: notas interdisciplinares sobre o estatuto da pessoa com deficiência e o novo CPC. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 548

³⁷⁷ Luiz Cláudio de Almeida é Promotor de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e no "Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, interesses e Direitos" discorreu sobre o tema: A Nova Interdição a partir da Lei Brasileira de Inclusão.

mesma não revela muita coisa, sendo necessário um aprofundamento caso a caso da situação do indivíduo.³⁷⁸

Para a devida interpretação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, deve-se estar atento aos princípios constantes da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, na qual se encontram os princípios, conceitos e definições necessários para isso. Pela Convenção, norma constitucional, a regra geral é a autonomia individual.

A respeito da Convenção, escreve Célia Barbosa Abreu :

“Todavia, não afasta a impressão inicial de que se trata de um diploma internacional construído para atender aos interesses das Pessoas com Deficiência *propriamente ditas* e que, no fim das contas, a reboque foram inclusos também os dos Portadores de Transtorno Mental. Entre outros motivos, porque havia interesse em estender no caso brasileiro, por exemplo, a curatela parcial às diversas categorias das pessoas com deficiência e não somente aquelas com deficiência mental. Em decorrência, exemplificadamente, se conseguiu a flexibilização da curatela para pessoas com deficiência *emocional*, acaso estas dela necessitem. De todo modo, a verdade é que a doutrina pouco ou quase nada fala a este respeito (PALACIOS, 2008: 225).³⁷⁹”

A "*proteção*" mantida no Código Civil para os ébrios habituais e os viciados em tóxicos, considerados como relativamente incapazes, na verdade, os marginaliza do processo de decisão de suas próprias escolhas, estando em desacordo com a mais moderna racionalidade que é a de promoção da autonomia individual, desrespeitando assim o princípio da dignidade humana e da não discriminação, fundamento e objetivo da República Federativa do Brasil.

Reitera-se aos argumentos já expostos de que o dependente químico pode ser ou estar relativamente incapaz ou não, como qualquer cidadão, seja ele portador de transtorno mental ou não, e "a incapacidade, como mecanismo protetivo, precisa se

³⁷⁸ Seminário "Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas". Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, Rio de Janeiro. Disponível em <<http://www.tvmpf.mpf.mp.br/videos/1532>> Acessado em agosto de 2016.

³⁷⁹ ABREU, Célia Barbosa. A curatela sob medida: notas interdisciplinares sobre o estatuto da pessoa com deficiência e o novo CPC. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 538.

ajustar às necessidades do incapaz"³⁸⁰, de forma que, havendo a necessidade, a interdição pode ser adotada, mas sempre em caráter excepcional.

Pelo exposto, ousa-se discordar do legislador que classifica, de forma generalizada, o dependente químico (ébrio habitual e viciado em tóxicos) como pessoa relativamente incapaz, visto que fere a dignidade desse sujeito, entendendo-se que o texto constitucional consagra o reconhecimento ao direito geral à autonomia individual como regra, traduzida pelos direitos fundamentais da igualdade e da liberdade. O Estatuto da Pessoa com Deficiência presume que a vontade desse sujeito está comprometida, o que não demonstra ser razoável (e nem justo).

Trata-se de um verdadeiro retrocesso, que colabora para que persista o estigma social sobre tais indivíduos, que muitas vezes podem ser ou estar detentores de sua autonomia, indo de encontro aos preceitos constitucionais que compreende o dever de proteção da "pessoa na exata medida da sua vulnerabilidade e da falta de discernimento concretamente aferidas, prestigiando-se, tanto quanto possível, sua capacidade de autodeterminação e autogestão da própria vida."³⁸¹

Para Joyceane Bezerra de Menezes, "Importa a autonomia, assegurar que o respeito à capacidade geral de agir possibilite a pessoa conduzir a sua existência do modo íntegro e autêntico possível, em conformidade com a percepção individual que tem sobre si [...]",³⁸² ressalta ainda a citada autora que "Se o estado brasileiro garante à pessoa, indistintamente, a dignidade que a qualifica como humana, não pode negar efeito jurídico a essa autonomia, exceto nos casos extremos e especificamente localizados [...]"³⁸³

De mais a mais, não se pode duvidar de que a dignidade da pessoa humana corresponde ao fundamento do princípio do Estado de Direito e vincula toda a prática

³⁸⁰ TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Personalidade e capacidade na legalidade constitucional In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 223.

³⁸¹ Idem, p. 228

³⁸² MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 508.

³⁸³ MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016, p. 508.

existente em torno da situação do dependente químico. O comprometimento das faculdades psíquicas, pelo uso abusivo de drogas, varia de indivíduo para indivíduo. Além disso, a deficiência mental é uma condição complexa, cujo diagnóstico deverá estar amparado em fatores etiológicos-biomédicos, comportamentais, sociais e educacionais, conforme estudiosos no assunto. Dessa forma, a incapacidade "não pode ser pautada em critérios puramente objetivos, fixados abstratamente na lei."³⁸⁴

Assim, para o questionamento - *O dependente químico poderia ser considerado pessoa com deficiência?* - depreende-se, pelas razões expostas, que este sujeito pode sim, numa análise caso a caso, ser considerado pessoa com deficiência, desde que sua condição de dependência seja um impeditivo para o exercício de seus direitos em condição de igualdade com as demais pessoas. Como Assevera Célia Barbosa Abreu, o alcance dos transtornos mentais quanto à capacidade das pessoas é difícil de ser estabelecida tanto para ciência médica quanto para a ciência jurídica, em virtude da imensa diversidade de estados patológicos e da variadíssima gradação de sua extensão.³⁸⁵

Portanto, se, o dependente químico, como pessoa portadora de transtorno mental que é, e, baseado no grau de seu comprometimento com a síndrome, venha a ser considerado pessoa com deficiência, obviamente fará jus aos direitos previstos no Estatuto da Pessoa com Deficiência, o que responde ao segundo questionamento.

O recorte do presente trabalho não inclui uma jurisprudência ampla, dessa forma, a título de exemplo, traz-se o entendimento da 6ª Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4)³⁸⁶ que considerou a dependência de álcool um tipo de deficiência e concedeu, no dia 14 de dezembro de 2016, benefício assistencial a um paranaense de Astorga de 52 anos. No caso, o indivíduo sofre de transtorno mental e seu comportamento devido à dependência ativa de álcool acarretou sua incapacidade laborativa, o que foi determinante para o estado de miserabilidade que ora se encontra.

O relator do caso foi o juiz federal Hermes Siedler da Conceição Júnior, e segundo ele, "a incapacidade para a vida independente a que se refere a Lei 8.742/93, que trata da assistência social, deve ser interpretada de forma a garantir o benefício

³⁸⁴ Idem, p. 508.

³⁸⁵ ABREU, Célia Barbosa. *Curatela & Interdição Civil*. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 107.

³⁸⁶ BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Disponível em <http://www2.trf4.jus.br/trf4/controlador.php?acao=noticia_visualizar&id_noticia=12548> Acessado em janeiro de 2017.

assistencial a uma maior gama possível de pessoas com deficiência." A referida norma foi recentemente modificada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (art. 105), que alterou o § 2º de seu art. 20³⁸⁷, que trata do benefício de prestação continuada.

A nova redação do citado dispositivo mantém a ideia anteriormente prevista. No entanto, esclarece melhor o alcance objetivo da norma, sem contudo alijar desde logo o deficiente da possibilidade de recebimento do benefício. Dados de cunho subjetivo poderão ser considerados, ainda que a renda familiar, por pessoa, supere o 1/4 do salário mínimo.³⁸⁸

A decisão do TRF4 fortalece o entendimento da autora do presente trabalho quanto a possibilidade do dependente químico ser considerado pessoa com deficiência e, desta forma, fazer jus aos benefícios legais concedidos a esse grupo de pessoas.

³⁸⁷ Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. ([Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011](#))

§ 2º Para efeito de concessão do benefício de prestação continuada, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. ([Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015](#)) ([Vigência](#))

³⁸⁸ FARIAS, Cristiano Chaves de CUNHA, Rogério Sanches; Pinto, Ronaldo Batista. Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo.2. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2016.

CONCLUSÃO

No trabalho realizado constatou-se que três legislações são essenciais à compreensão da situação sócio-jurídica do dependente químico no Brasil, a partir da consideração de que este é um portador de transtorno mental, vide CID – 10 e DSM - 5: Lei 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica); Lei 11.343/06 (Lei Anti-Drogas) e Lei 13.146/15 (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

A luta por uma Sociedade Sem Manicômios mudou significativamente a realidade desumana sob a qual os portadores de transtornos mentais viveram durante muitas décadas. A Reforma Psiquiátrica reestruturou a assistência no campo da saúde mental, a qual passou a ter como foco a atenção integral e a redução progressiva da assistência hospitalar asilar. Conclui-se, portanto, que ela foi decisiva para a garantia dos direitos fundamentais do portador de transtorno mental, reconhecendo-o como pessoa humana, digna de respeito, num trabalho de regaste de sua cidadania.

É importante destacar, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica é ainda um processo em construção, visto que o Brasil ainda dispõe de instituições fechadas, cerca de 200 unidades, conforme o último censo realizado pelo Ministério da Saúde, e a rede substituta, constituída pelos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), que tem como um de seus propósitos principais promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, ainda é deficitária e assimetricamente distribuída pelo País.

Nesse sentido, exemplificativamente, cite-se o Programa Nacional de Atenção Integrada ao usuário de Álcool e outras Drogas, que criou serviços específicos para usuários e dependentes químicos em razão de suas particularidades, tem enfrentado dificuldades de manutenção e expansão de sua rede de atendimento. Como ficou demonstrado, a falta de investimentos no campo da saúde mental, que ficam entre 2,2 e 2,9% dos gastos totais com a saúde, é a principal causa para não integralização desse importantíssimo programa.

Conforme ficou demonstrado, a Lei 11.343/06 (Lei Antidrogas) trouxe também uma nova perspectiva para lidar com o usuário de drogas, bem como com o dependente químico, numa normativa condizente com preceitos constitucionais, notadamente no que se refere ao respeito à dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil.

Na análise do referido Diploma Legal, observou-se que o foco passa a ser mais na *saúde e tratamento* e menos na *punição* desse indivíduo, trazendo princípios norteadores das políticas públicas sobre drogas que visam principalmente contribuir para a inclusão social desse cidadão, com o objetivo de torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas.

Dessa forma, conclui-se que a Lei Antidrogas acompanha as tendências mundiais mais modernas, no sentido em que sua normativa determina o respeito aos direitos fundamentais desses indivíduos, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade de escolhas.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/15), por sua vez, que constitui um notável avanço para o exercício de direitos da pessoa com deficiência em igualdade de condições com as demais pessoas, no que se refere ao dependente químico (ébrios habituais e viciados em tóxicos) limita-se apenas a repetir dispositivo constante do Código Civil de 2002, quanto à incapacidade relativa desses indivíduos.

Assim, para a problemática levantada quanto ao fato do dependente químico, enquanto pessoa portadora de transtorno mental, estar ou não amparado pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e se a referida Lei representa, na atualidade, um ganho de autonomia e dignidade para estes sujeitos, confirma-se a hipótese apresentada de que o Estatuto da Pessoa com Deficiência incorreu num retrocesso na questão da tutela jurídica do dependente químico, ao pressupor que ébrios habituais e viciados em tóxicos são relativamente incapazes.

Isto porque a categorização é feita de forma generalizada e sem critérios definidos e transparentes, diferentemente da nova perspectiva adotada para os demais indivíduos abrangidos pelo referido Estatuto, cuja a autonomia plena é um dos objetivos propiciado pela norma. Pode-se afirmar que uma lei que tem como ponto central o combate à discriminação, terminou por discriminar os dependentes químicos, reforçando o estereótipo que esses sujeitos tem perante à sociedade.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência trabalhou, neste caso, com uma presunção de incapacidade, colaborando para que persista o estigma social sobre tais indivíduos, que muitas vezes podem ser ou estar detentores de sua autonomia, o que fere sua dignidade como pessoa humana. Somente numa análise caso a caso, pode-se verificar o alcance dos transtornos mentais quanto à capacidade das pessoas, o que na prática não

constitui tarefa fácil, já que existe uma grande diversidade de estados patológicos e uma variadíssima gradação de sua extensão, como tem apontado a doutrina.

Como a inclusão social está intimamente relacionada ao exercício da autonomia (liberdade de escolhas), conclui-se que o Estatuto da Pessoa com Deficiência perdeu a chance de contribuir para resgatar a dignidade do dependente químico ao rotulá-lo, como inábil a assumir determinados atos da vida civil.

Recente decisão da Justiça Federal (TRF4) considerou a dependência de álcool um tipo de deficiência, o que, sem dúvidas, abre caminho para consolidar o entendimento já firmado pela doutrina de que o rol de deficientes trazido pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência é meramente exemplificativo e não exaustivo (deficiente físico, sensorial, psíquico e intelectual).

Dessa forma, sendo considerado o dependente químico pessoa com deficiência em virtude de seu estado físico, psíquico e social, é legítimo que goze de *todos* os direitos estabelecidos na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), garantindo assim sua inclusão social, com o livre desenvolvimento de sua personalidade.

BIBLIOGRAFICA

ABREU, Célia Barbosa. A curatela sob medida: notas interdisciplinares sobre o estatuto da pessoa com deficiência e o novo CPC. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016.

_____. Curatela & Interdição Civil. 1a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

_____. Curatela & Interdição Civil. 2a ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

_____. VAL, Eduardo Manuel. Fundamentos Constitucionais da Internação Involuntária do Dependente Químico. Fonte: http://www.ppgdc.uff.br/images/2013_10_10565_10593.pdf. Acessado em abril de 2016.

_____. Primeiras linhas sobre a interdição após o Novo Código de Processo Civil. Curitiba: CRV, 2015.

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol.14, n.1, Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025 Acessado em fevereiro de 2017.

ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol.16, n.4, São Paulo, Dec. 2013. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso> Acessado em dezembro de 2016.

AGRA, Walber de Moura. Curso de Direito Constitucional. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ARENDT, Hannah. A Condição Humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BACILA, Carlos Roberto; RANGEL, Paulo. Comentários penais e processuais penais à Lei de Drogas (11.343/2006). São Paulo: Atlas, 2014.

BARCELLOS, Ana Paula de. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais. O princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

BARROSO, Luís Roberto. A dignidade da pessoa humana no Direito Constitucional Contemporâneo: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Disponível em: http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2010/12/Dignidade_texto-base_11dez2010.pdf. Acessado em abril de 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil anotada. 5ª. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. Curso de Direito Constitucional Contemporâneo. Os Conceitos Fundamentais e a Construção do Novo Modelo. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Neoconstitucionalismo e Constitucionalização do Direito (O triunfo tardio do direito constitucional no Brasil). Fonte: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/neoconstitucionalismo-e-constitucionaliza%C3%A7%C3%A3o-do-direito-o-triunfo-tardio-do-direito-constit>. Acessado em maio de 2016.

_____. Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro (Pós-modernidade, teoria crítica e pós-positivismo). *Revista de Direito Administrativo*, Rio de Janeiro, 225: 5-37, jul./set. 2001.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 21-27, março 2008.

BOBBIO, Norberto. *Igualdade e Liberdade*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Civil Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 2014.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. *Juízo de Ponderação na Jurisdição Constitucional*. São Paulo: Editora Saraiva, 2009.

BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm Acessado em abril de 2016.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acessado em abril de 2016.

_____. Decreto nº 82, de 18 de Julho de 1841. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>> Acessado em dezembro 2016.

_____. Decreto n. 3.956, de 08 de outubro de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm. Acessado em novembro de 2016.

_____. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm.

Acessado em novembro de 2016.

_____. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm.

Acessado em novembro de 2016.

_____. Decreto n. 14.969, de 03 de setembro de 1921. Disponível em: http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=14969&tipo_norma=DEC&data=19210903&link=s> Acessado em julho de 2016.

_____. Decreto n. 4.294, DE 6 DE JULHO DE 1921. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>> Acessado em julho de 2016.

_____. Decreto Legislativo n. 198 de 13 de junho de 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2001/decretolegislativo-198-13-junho-2001-337086-norma-pl.html>. Acessado em novembro de 2016.

_____. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acessado em novembro de 2016.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Lei da Reforma Psiquiátrica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm Acessado em maio de 2016.

_____. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm> Acessado em outubro 2016.

_____. Lei de Drogas. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acessado em maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 11. Ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Disponível em: <http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Dados-da-rede-assistencial-brasileira-2012-Ministerio-da-Saude.pdf>. Acessado em maio de 2016.

_____. _____. Avaliação dos Hospitais Psiquiátricos no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: novembro de 2011. Disponível em <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/avaliacao-dos-hospitais-psiquiatricos-no-ambito-do-SUS-ministerio-da-saude-nov.2011>. Acessado em junho de 2016.

_____. _____. Portaria n. 52 de 20 de janeiro de 2004. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html> Acessado em dezembro de 2016.

_____. _____. 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.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei n. 757, de 2015. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=184202&tp=1>. Acessado em junho de 2016.

BRASIL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Acórdão na Apelação Cível 0219447-65.2012.8.19.0001. Relator: Nunes, Heleno Ribeiro Pereira. Data do julgamento: 31/01/2017. Disponível em <<http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=0004F2CA5F387F933D562DD1F8D0F20BB68FC506014C1C10>> Acessado em fevereiro de 2017.

BULHÕES CARVALHO, Francisco Pereira de. Incapacidade Civil e Restrições de

Direito. Tomo I. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1957.

BRUNETTA, Cíntia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. In: PIOVESAN, Flávia; GARCIA, Maria (Org.). Grupo Vulneráveis. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

Bucher, R . Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. Tratados de Direito Internacional dos Direitos Humanos. 2. ed. rev. e atual. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris editor, 2003.

_____. Desafios e conquistas do Direito Internacional dos Direitos Humanos no início do século XXI. Disponível em <http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/publicaciones_digital_XXXIII_curso_derecho_internacional_2006_Antonio_Augusto_Cancado_Trindade.pdf> Acessado em dezembro de 2016.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constitucional. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CARVALHO, Welton. Direitos Fundamentais, Constituição e Tratados Internacionais. Análise do Ordenamento Jurídico Brasileiro. Curitiba: Juruá, 2014.

CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos (CID – 10): Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Coord.: Organização Mundial de Saúde. Trad.: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CIF. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Coord.: Organização Mundial de Saúde. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa: xxx 2004 http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acessado em maio de 2016.

DELGADO, Rodrigo Mendes. Nova Lei de Drogas Comentada. São Paulo: Cronus, 2013.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Revista Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, abr-jun. 2014.

Conselho Federal de Psicologia. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. - Brasília: CFP, 2013. 160p

DEFICIÊNCIA, Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Organizadores: *Joelson Dias, Laíssa da Costa Ferreira, Maria Aparecida Gugel e Waldir Macieira da Costa Filho*. Brasília, 2014.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira Gomes; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000300001. Acessado em maio de 2016.

DINIZ, Débora. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense, 2007.

Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack / Comissão de Assuntos Sociais do Conselho Federal de Medicina. Brasília: CFM; 2011.

DSM 5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil.

Emancipação, Ponta Grossa, 13(1): 39-54, 2013. Disponível em <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>> Acessado em outubro de 2016.

FACHIN, Zulmar. Curso de Direito Constitucional. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

FARIAS, Cristiano Chaves de CUNHA, Rogério Sanches; Pinto, Ronaldo Batista. Estatuto da Pessoa com Deficiência Comentado artigo por artigo. 2. rev., ampl. e atual. Salvador: JusPodivm, 2016.

FOUCAULT, Michel. História da loucura. São Paulo: Perspectiva S.A, 2004.

GOMES, Luiz Flávio. Lei de Drogas Comentada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

GOFFMAN, Erving. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Disponível em http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/92113/mod_resource/content/1/Goffman%3B%20Estigma.pdf. Acessado em janeiro de 2016.

GONÇALVES, Monique de Siqueira; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 393-410, junho 2009

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 A 2000): Histórias narradas por profissionais de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 361-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>> Acessado em dezembro 2016.

GUSTIN, Miracy B. S. Das Necessidades Humanas aos Direitos. Belo Horizonte:Del Rey, 1999.

LENZA, Pedro. Direito Constitucional Esquematizado. 20 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

LOPES, Laís de Figueiredo Propósito. In: Artigo 1. In: Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília: SNPD, 2014.

MACEDO, Elaine Harzheim; MONTEIRO, Fábio de Holanda. A Antecipação de Tutela em Face do Poder Público na Internação Psiquiátrica Compulsória: o império da jurisdição provisória sobre a jurisdição definitiva nos limites do novo CPC. Opinião Jurídica. Revista do Curso de Direito da Unichristus. Fortaleza, n. 16, Ano XII, p. 147-164, 2014. Disponível em https://issuu.com/unichristus/docs/revista_opiniao_juridica_16_edt. Acessado em julho de 2016.

MADRUGA, Sidney. Pessoas com Deficiência e Direitos Humanos: ótica da diferença e ações afirmativas. 2. ed. São Paulo:Saraiva, 2016.

MARCHI, Eduardo C. Silveira. Guia de Metodologia Jurídica. Itália: Grifo, 2001.

MATEUS, Mário Dinis. Políticas Públicas de Saúde Mental. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf. Acessado em maio de 2016.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. O direito protetivo após a Convenção sobre a proteção da pessoa com deficiência, o novo CPC e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016.

MONTEIRO, Fábio de Holanda; ARONNE, Ricardo. Simão Bacamarte e as trocas impossíveis: percepções sobre a responsabilidade civil do psiquiatra por erro de diagnóstico na internação psiquiátrica compulsória. Revista A Barriguda, Campina Grande 4 [3] | P. 194-0217| set-dez, 2014.

MORAES, Alexandre. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Saraiva, 2014.

MORAES, Guilherme Peña de. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Atlas, 2014.

MORAES, Maria Celina Bodin de. A Caminho de um Direito Civil Constitucional. Revista de Direito Civil. São Paulo: Revista dos Tribunais, n.65, p. 21-32, jul./set. 1993.

_____. Danos à pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. Rev. latinoamericana de psicopatologia fundamental, vol.17, no.2, São Paulo, June, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso#fn15> Acessado em dezembro de 2016.

NOVELINO, Marcelo. Manual de Direito Constitucional. São Paulo: Método, 2014.

D' OLIVEIRA NETO. João Daudt. Memórias de um Sanatório. Rio de Janeiro: Litteris, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Atlas de Saúde Mental (2014) disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/. Acessado em setembro de 2016.

_____. _____ . Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf. Acessado em setembro de 2016.

_____. _____ . Dados do Plano de Ação Global de Saúde Mental (2013-2020) disponíveis em: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/. Acessado em setembro de 2016.

_____. _____. Handicap et Santé. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/>>. Acessado em setembro de 2016.

_____. _____. Livro de Recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: *Cuidar, sim. Excluir, não*. Disponível em <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf> Acessado em dezembro de 2016.

_____. _____. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas / Organização Mundial da Saúde; tradução Fábio Corregiari. São Paulo: Roca, 2006. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42666/2/9788572416665_por.pdf> Acessado em outubro de 2016.

_____. _____. Projeto de Plano de Ação Global Relativos às Pessoas com Deficiência (2014-2021). disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf?ua=1. Acessado em setembro de 2016.

_____. _____. Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS 2013) disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf. Acessado em setembro de 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas. Le Comité des droits des personnes handicapées examine le rapport initial du Brésil disponível em: <http://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16348&LangID=F>. Acessado em setembro de 2016.

_____. _____ . L'ONU et les droits de l'homme. Droit des personnes handicapées. disponível em: <http://www.un.org/fr/rights/overview/themes/handicap.shtml>. Acessado em setembro de 2016.

PALACIOS, Agustina. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Ediciones CINCA, 2008.

_____ ; BARIFFI, Francisco. La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Madrid: Ediciones Cinca, 2007.

PIOVESAN, Flávia. Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional. 14ª ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Direitos Sociais, Econômicos e Culturais e Direitos Cíveis e Políticos. Revista Internacional de Direitos Humanos. São Paulo, Ano 1, n. 1, p. 21-47, 1º semestre de 2004.

_____. Temas de Direitos Humanos. São Paulo: Ed. Max Limonad, 1998.

Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem limite disponível em:

http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf. Acessado em outubro de 2016.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Revista Teoria e Pesquisa. Brasília, n. 2, p. 203-211, abr./jun. 2009.

Psychiatry on line Brasil. Part of The International Journal of Psychiatry. INSS 1359 7620. Atrade mark of Priory Lodge Education Ltd. Junho de 2001 - Vol.6 - Nº 6.

Disponível em < http://www.polbr.med.br/ano01/artigo0601_a.php#cima> Acessado em dezembro de 2016.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Traduzida por Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70 Ltda, 2007.

KUNZE, Nádia Cuiabano. Instituições Totais. *Revista HISTEDBR On-line*, Campinas, n.33, p.289-294, mar.2009. Disponível em <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/33/res01_33.pdf> Acessado em fevereiro de 2017.

Relatório Mundial sobre a deficiência (OMS) disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf. Acessado em outubro de 2016.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

SALES, Gabriela Bezerra; SARLET, Ingo Wolfgang. *O princípio da igualdade na Constituição Federal de 1988 e sua aplicação à luz da Convenção Internacional e do Estatuto da Pessoas com Deficiência In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira*. Rio de Janeiro: Processo, 2016.

SALVADORI, Mateus. HONNETH, Axel. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Trad. de Luiz Repa. *Revista Conjectura*. Caxias do Sul, v. 16, n. 1, p. 189-192 jan./abr. 2011

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SARACENO, Benedetto. Libertando Identidades - da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 2001.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos sociais como direitos fundamentais: contributo para o balanço aos vinte anos da Constituição Federal. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf. Acessado em outubro de 2016.

_____ ; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 2014.

_____. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: _____ (org.). Dimensões da Dignidade. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

_____ ; MONTEIRO, Fábio de Holanda. Notas acerca da legitimidade jurídicoconstitucional da internação psiquiátrica obrigatória. Revista Eletrônica Direito e Política, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v.10, n.2, 1º quadrimestre de 2015. Disponível em: www.univali.br/direitoepolitica - ISSN 1980-7791. SARMENTO, Daniel; SOUZA NETO, Cláudio Pereira de. A Constitucionalização do Direito. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

SARMENTO, Daniel. A ponderação de interesses na Constituição Federal. 1ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. São Paulo: Malheiros, 2014.

Seminário Internacional e Interdisciplinar Autonomia, Reconhecimento e Dignidade: Sujeitos, Interesses e Direitos. Universidade Federal do Rio De Janeiro - Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas - Faculdade Nacional de Direito, 14-15 de setembro de 2016.

Seminário “Lei Brasileira de Inclusão: Panorama e Perspectivas”. Instituto de Educação e Pesquisa – IEP/ MPRJ, 2016, Rio de Janeiro.

SOUZA, Sérgio Ricardo de. A Nova Lei Antidrogas (Lei 11.343/2006): comentários e jurisprudência. 2ª ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2007.

TARTUCE, Flávio. Direito Civil 1: Lei de introdução e parte geral. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2012.

TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena Donato. Personalidade e capacidade na legalidade constitucional In: Direitos das Pessoas com deficiência psíquica e intelectual nas relações privadas após a Convenção de Nova York e a Lei de Inclusão Brasileira. Rio de Janeiro: Processo, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016

VENANCIO, Ana Teresa; LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel. O Campo de Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: TeCorá, 1997.