

# SAÚDE MENTAL E OS DIREITOS DA PERSONALIDADE: A REFORMA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

## MENTAL HEALTH AND PERSONALITY RIGHTS: PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL

### VLADIMIR BREGA FILHO

Doutor pela PUC/SP. Pós-doutorado pela Universidade de Lisboa. Professor da Universidade Estadual do Norte do Paraná. Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de São Paulo.  
EMAIL: bregafilho@uol.com.br

### CARLA ROBERTA FERREIRA DESTRO,

Mestranda em Ciências Jurídicas pela Universidade Estadual do Norte do Paraná - UENP  
E-MAIL: carladestroadv@gmail.com

**RESUMO:** O objetivo do presente trabalho é analisar os efeitos da reforma antimanicomial e do advento das novas regras de capacidade civil nos direitos da personalidade da pessoa com transtornos mentais. O tratamento oferecido aos doentes mentais sempre foi objeto de críticas por ser degradante, humilhante e violador da dignidade da pessoa humana, inclusive levando o Brasil a uma condenação internacional pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso Ximenes Lopes. A reforma realizada pela Lei nº 10.216/2001 buscou implementar o acompanhamento em meio aberto, evitando a internação desnecessária e viabilizando o tratamento humanizado do paciente. A pesquisa se desenvolveu utilizando-se do método dedutivo, com técnica de pesquisa bibliográfica, baseada no levantamento da doutrina, periódicos científicos especializados no tema proposto, bem como da legislação pertinente.

**Palavras-Chave:** Direitos da Personalidade. Reforma Antimanicomial. Doença Mental. Tratamento Humanizado.

**ABSTRACT:** The objective of this study is to analyze the effects of the psychiatric reform and the advent of the new rules of civil capacity on the personality rights of the person with mental disorders. The treatment offered to the mentally ill has always been criticized for being degrading, humiliating and completely violating the dignity of the human person, including bringing Brazil to international condemnation by the Inter-American Court of Human Rights in the Ximenes Lopes affair. The reform marked by Law nº. 10.216/2001 sought to implement follow-up in an open environment, avoiding unnecessary hospitalization and making the humanized treatment of the patient viable. The research was developed using the deductive method, with a bibliographic research technique, based on the survey of doctrines, scientific journals specialized in the proposed theme, as well as the pertinent legislation.

**Keywords:** Personality Rights. Psychiatric Reform. Insanity. Humanized Treatment.

**SUMÁRIO:** 1 - Introdução 2 - Breve análise dos direitos da personalidade e da integridade psíquica 3 - A loucura como doença 4 - O tratamento da doença mental no Brasil 5 – Os reflexos da reforma e da capacidade civil nos direitos da personalidade do doente mental 6 – Considerações finais 7 - Referências

## 1 Introdução

A história da loucura acompanha a história da humanidade. De caráter divino nas civilizações antigas, passou ao aspecto demoníaco na Idade Média e à exclusão e abandono na Idade Moderna. Em comum, o fato de que a sociedade nunca soube compreender e aceitar a loucura, gerando um estigma que acompanha as pessoas com transtornos mentais até os dias atuais.

Por muito tempo a solução encontrada pela sociedade foi o enclausuramento dos doentes em hospícios e manicômios, longe de suas famílias e da sociedade. Juntavam-se aos indesejados, numa verdadeira limpeza social. Morriam sem atendimento adequado, de fome, de sede, de doenças oportunistas, como a pneumonia e a tuberculose. Não tinham, em resumo, a garantia de qualquer direito, muito menos a dignidade da pessoa humana. Deixavam, no momento em que cruzavam as portas do hospício, de serem considerados pessoas.

Exemplo disso, foi o ocorrido no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Estima-se que pelo menos 60 mil pessoas morreram no auge de seu funcionamento. Segundo Daniela Arbex (2013), na sua obra *Holocausto Brasileiro*, 70% das pessoas internadas não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, homossexuais, prostitutas, meninas vítimas de violência sexual e grávidas, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, alguns eram apenas tímidos. Enfim, funcionava como um mecanismo de ocultar as mazelas sociais, numa tentativa de ignorar sua existência.

Com a internacionalização dos direitos humanos, após a Segunda Guerra Mundial, propagou-se pelo mundo os princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade. Com a garantia de direitos para todos os seres humanos foram beneficiados também aqueles com transtornos mentais. A luta ganhou forma lentamente e muitas conquistas se consolidaram após os anos 70 e 80, inclusive com documentos internacionais tutelando os direitos dos doentes mentais.

No Brasil a reforma começou a se estruturar após a Lei nº 10.216/2001 e a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2006. A alteração das regras de capacidade civil trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência também contribuiu para a humanização do atendimento dos doentes mentais. Basicamente a reforma se baseia na desinternação dos pacientes, dando preferência ao acompanhamento em meio aberto. Somente os casos de extrema necessidade deverão ser encaminhados para a internação. O objetivo é permitir o tratamento próximo à família e ao convívio social. Além disso, com o

Estatuto, a regra passou a ser a da capacidade, ou seja, a presunção de incapacidade absoluta e relativa que existia no ordenamento jurídico brasileiro foi afastada, de modo que o paciente deverá ser consultado e informado sobre todo o seu tratamento. Tem ele independência e autonomia para decidir sobre sua vida.

Percebe-se que a reforma representou grande transformação e proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental, mas dela também decorreu alguns problemas ainda sem solução adequada.

O presente trabalho debruçou-se sobre a temática, buscando demonstrar o atual cenário do tratamento psiquiátrico no Brasil, bem como a implementação do princípio da dignidade da pessoa humana e do respeito aos direitos da personalidade dos pacientes com transtornos mentais.

Tratou-se inicialmente dos aspectos relativos aos direitos da personalidade, destacando-se a proteção da integridade psíquica do indivíduo. Posteriormente, foi analisado os aspectos da loucura como doença e o tratamento dedicado ao tema no Brasil, destacando-se as Leis nº 10.216/2001 e 13.146/2015. Por fim, debruçou-se sobre os reflexos da reforma e da capacidade civil nos direitos da personalidade da pessoa com transtorno mental, buscando demonstrar pontos positivos e negativos do processo de desinternação.

A metodologia utilizada para desenvolvimento do trabalho foi a dedutiva, com técnica de pesquisa bibliográfica, baseada no levantamento da doutrina, periódicos científicos especializados, bem como da legislação pertinente.

## **2 Breve análise dos direitos da personalidade e da integridade psíquica**

Os direitos da personalidade se fundamentam na dignidade da pessoa humana. A tutela dos direitos dos seres humanos teve seu ápice após a Segunda Guerra Mundial, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Com a Declaração, o princípio da dignidade da pessoa humana tomou corpo internacional e passou a influenciar as legislações internas de diversos países, dentre eles o Brasil<sup>1</sup>. Ensina Bittar (2001, p. 19):

A construção da teoria dos direitos da personalidade humana deve-se, principalmente: a) ao cristianismo, em que se assentou a ideia da dignidade do homem; b) à Escola de Direito Natural, que firmou a noção de direitos naturais ou inatos ao homem, correspondentes à natureza humana, a ela unidos indissolivelmente e preexistentes ao reconhecimento do Estado; e, c) aos filósofos e pensadores do Iluminismo, em que se passou a valorizar o ser, o indivíduo, frente ao Estado.

---

<sup>1</sup> Conforme Bittar (2001, p. 20) houve a “internacionalização das liberdades públicas”.

Com a Constituição Federal de 1988, o princípio da dignidade da pessoa humana passou a ser considerado fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, III). Além disso, o texto constitucional trouxe rol significativo de direitos e garantias fundamentais, permitindo, inclusive, sua ampliação por meio de uma cláusula aberta (art. 5º, § 2º). Nas palavras de Tepedino (2004, p. 50):

Com efeito, a escolha da dignidade da pessoa humana como fundamento da República, associada ao objetivo fundamental de erradicação da pobreza e da marginalização, e de redução das desigualdades sociais, juntamente com a previsão do § 2º do art. 5º, no sentido de não exclusão de quaisquer direitos e garantias, mesmo que não expressos, desde que decorrentes dos princípios adotados pelo texto maior, configuram uma verdadeira cláusula geral de tutela e promoção da pessoa humana, tomada como valor máximo pelo ordenamento.

De maneira mais específica, o Código Civil de 2002 tratou dos direitos da personalidade. Cabe registro, destarte, que os direitos da personalidade estão inseridos no rol constitucional de direitos fundamentais (ainda que não constem de maneira expressa, derivam de princípios constitucionais), de modo que é possível concluir que todos os direitos da personalidade são direitos fundamentais, baseados na dignidade da pessoa humana, porém, nem todos os direitos fundamentais são direitos da personalidade<sup>2</sup>.

Nem todos os direitos fundamentais, contudo, são direitos da personalidade, já que o rol constitucional se propõe a assegurar proteção também a outros interesses de cunho patrimonial (v.g., direito de herança e direito de propriedade) ou de cunho coletivo (v.g., como direito de representação das entidades associativas e direito de greve) que, embora também possam encontrar relação indireta ou remota com a proteção da pessoa, **não são considerados atributos essenciais à condição humana, não se qualificando, portanto, como direitos da personalidade** (SCHREIBER, 2011, p.13). (destaque nosso)

Cabe aqui neste ponto a diferenciação entre direitos humanos, direitos fundamentais e direitos da personalidade. As expressões possuem conteúdo comum, pois todas representam a proteção dos direitos da pessoa humana, decorrem apenas da condição de ser humano. No âmbito internacional, utiliza-se a expressão “direitos humanos”, ou seja, são os direitos reconhecidos internacionalmente como essenciais aos seres humanos, independentemente de onde se encontram. Quando tais direitos são positivados internamente, passando a compor o acervo constitucional de um Estado, passam a receber a denominação de

---

<sup>2</sup> Cabe aqui referência ao Enunciado nº 274, da IV Jornada de Direito Civil, realizada pelo Conselho de Justiça Federal (CJF/STJ): “Os direitos da personalidade, regulados de maneira não-exaustiva pelo Código Civil, são expressões da cláusula geral de tutela da pessoa humana, contida no art. 1º, inc. III, da Constituição (princípio da dignidade da pessoa humana). Em caso de colisão entre eles, como nenhum pode sobrelevar os demais, deve-se aplicar a técnica da ponderação”.

“direitos fundamentais”. Por fim, os direitos da personalidade se referem aos atributos do ser humano quando considerados na relação entre particulares. Dessa forma entende Bittar (2001, p. 23):

[...] os “direitos do homem” ou “direitos fundamentais” da pessoa natural, como objeto de relações de direito público, para efeito de proteção do indivíduo contra o Estado [...]. De outro lado, consideram-se “direitos da personalidade” os mesmos direitos, mas sob o ângulo das relações entre particulares, ou seja, da proteção contra outros homens [...].

Portanto, os direitos da personalidade são aqueles essenciais ao desenvolvimento da pessoa humana, refletindo nos aspectos físicos, psíquicos e intelectuais do seu titular (FARIAS; ROSENVALD, 2006, p. 101)<sup>3</sup>. São considerados direitos inatos (preexistentes ao homem), posteriormente reconhecidos e tutelados pelo Estado<sup>4</sup>, não se admitindo a limitação, renúncia ou transferência pelo titular a terceiro (art. 11, CC/2002). Importante aqui uma ressalva, pois os aspectos patrimoniais dos direitos da personalidade são disponíveis, mas não de forma absoluta (a disposição do aspecto patrimonial não significa renúncia ao direito, permanecendo o titular com o direito de defesa e retomada).

No que se refere a característica de direito inato, Cupis (2008, p. 24-25) diverge: “[...] os direitos da personalidade estão vinculados ao ordenamento positivo tanto como os outros direitos subjetivos [...]. Por consequência, não é possível denominar os direitos da personalidade como ‘direitos inatos’ [...]”. Mais adiante em sua obra, porém, apresenta a seguinte consideração:

Os direitos da personalidade, pelo seu caráter de essencialidade, são na maioria das vezes direitos inatos, no sentido em que presentemente se pode empregar esta expressão, mas não se reduzem ao âmbito destes. Os direitos inatos são todos eles direitos da personalidade, mas pode verificar-se a hipótese de direitos que não têm por base o simples pressuposto da personalidade, e que, todavia, *uma vez revelados*, adquirem caráter de essencialidade (CUPIS, 2008, p. 27).

Portanto, para Cupis, alguns direitos não inatos, por sua característica de essencialidade, passam a ser considerados direitos da personalidade. Exemplo disso seria o direito moral de autor. É possível afirmar, assim, que todos os direitos inatos (inerentes à

---

<sup>3</sup> “[...] conceituamos direitos privados da personalidade como os direitos subjetivos particulares, que consistem nas prerrogativas concedidas a uma pessoa pelo sistema jurídico e assegurada pelos meios de direito, para fruir e dispor, como senhor, dos atributos essenciais da sua própria personalidade, de seus aspectos, emanações prolongamentos, como fundamento natural da existência e liberdade, pela necessidade da preservação e resguardo da integridade física, psíquica, moral e intelectual do ser humano, no seu desenvolvimento” (GOGLIANO, 2000, p. 112).

<sup>4</sup> Para Bittar (2008, p. 11): “[...] constituem direitos inatos (originários), absolutos, extrapatrimoniais, intransmissíveis, imprescritíveis, impenhoráveis, vitalícios, necessários e oponíveis erga omnes”.

pessoa) são direitos da personalidade, mas nem todos os direitos da personalidade são inatos (podem decorrer do ordenamento jurídico).

Após a análise breve do conceito de direitos da personalidade, passa-se a analisar a tutela da integridade física e psíquica, relevantes para o trabalho em tela.

A integridade física e psíquica não recebeu previsão expressa no Código Civil de 2002, que se limitou a tratar das hipóteses de disposição do próprio corpo (art. 13). A tutela da integridade física e psíquica, porém, deriva da proteção constitucional do direito à vida e da dignidade da pessoa humana. A tutela pode ser observada no texto constitucional, como exemplo, nos dispositivos que vedam a tortura e o tratamento desumano ou degradante (art. 5º, III), as penas de morte, cruéis e degradantes (art. 5º, XLVII), bem como nos dispositivos que tutelam os presos e as presas (art. 5º, XLIX e L).

No que se refere à integridade psíquica, decorrente principalmente da dignidade da pessoa humana, busca-se a proteção do “conjunto pensante da estrutura humana” (BITTAR, 2008, p. 119), de modo que não se admite a interferência direta e indireta na estrutura psíquica do indivíduo sem o seu consentimento. Assim, relevante para a análise que se propõe neste trabalho, deve-se salientar a absoluta vedação de submissão da pessoa, contra sua vontade, a intervenções, experimentos e tratamentos psiquiátricos, bem como a tratamentos que alterem a personalidade do paciente, aprisionamento de mente (internações psiquiátricas, tratamentos religiosos, etc) e indução de comportamentos (BITTAR, 2008).

Destarte, a tutela dos direitos da personalidade decorre da dignidade da pessoa humana e deve ocorrer também durante as intervenções psiquiátricas. A integridade física e psíquica dos pacientes devem ser prioridade, principalmente em casos de necessária internação. A submissão do doente a tratamento desumano ou degradante certamente prejudicará ainda mais o quadro em que se encontra.

### **3 A loucura como doença**

A loucura sempre esteve presente na história da humanidade. As sociedades primitivas vinculavam a loucura ao aspecto religioso, considerando o louco alguém possuído por espíritos, funcionando como mensageiros de outros planos e mundos. Era, portanto, uma característica positiva o enlouquecimento (VANCONCELLOS, 2000, p. 15-16).

Com o movimento de racionalização do pensamento, principalmente na sociedade grega, a loucura se afasta do espiritual, deixando de ser algo digno de respeito. Apesar

da influência da razão, a loucura ainda não recebeu o status de doença (VASCONCELLOS, 2000, p. 20).

Os conceitos sobre a loucura permaneceram imprecisos na Idade Média, quando passou a ser conectada aos fenômenos demoníacos e à bruxaria, fato que dificultou o reconhecimento da loucura como doença e seu respectivo tratamento. Além disso, sob a influência da igreja, os loucos passam a ser cassados, torturados e mortos pela Santa Inquisição (CUNHA, 2004). O louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um ‘possuído’ (FOUCAULT, 1988, p. 75).

Com o advento da Idade Moderna reinicia-se<sup>5</sup> a análise da loucura de forma racional, mas sem ainda aprofundar a análise médica/biológica. Com o afastamento da influência religiosa o louco passou de condenado à morte por bruxaria para a categoria de marginalizado<sup>6</sup>. O Renascimento trouxe à baila novamente a loucura, agora como elemento cultural e teatral. Diversos personagens foram pensados e encenados tendo a loucura como desculpa para seus atos (FOUCAULT, 2014).

O caráter literário e lúdico da loucura, porém, perdeu espaço com o crescimento das sociedades. O número de marginalizados sofre aumento considerável, causando certo desconforto aos moradores burgueses, iniciando-se um processo de colocação dessa população (loucos, prostitutas, mendigos, inválidos, criminosos) em estabelecimentos isolados, antes utilizados pelos doentes leproso<sup>7</sup> (FOUCAULT, 2014). Sem o caráter de doença, a colocação dos loucos nesses estabelecimentos se deu sem qualquer intenção de tratamento ou acompanhamento, o objetivo era apenas afastar a população de excluídos da visão dos mais abastados.

A realidade social e o papel da loucura começaram a sofrer alterações com os estudos do médico francês Philippe Pinel, que entendia a loucura como um problema médico e

---

<sup>5</sup> Nas palavras de De Tílio (2007, p. 196): “Segundo Pessotti (1994) a grande virada de concepções viria com as preposições de Hipócrates (século 1 a.C) sobre o enfoque *organicista* da loucura. O ordenamento divino não seria mais responsável pela loucura, mas sim o funcionamento do organismo sediado no cérebro humano e no equilíbrio de seus elementos essenciais – os humores (calor, frio, secura, umidade) – com o ambiente. As práticas de cura e a concepção de saúde física/mental voltavam-se para o restabelecimento do equilíbrio dos humores com o meio externo através da alimentação adequada oitiva e prática de músicas, banhos termais, atividades físicas, regulação do sono e limpeza do organismo pela *catarse* (laxantes naturais e vomitórios)”.

<sup>6</sup> A ideia de vinculação da loucura ao negativo, ao maligno, ao imperfeito, gerou uma crença social negativa e discriminatória, que ainda pode ser percebida na sociedade atual.

<sup>7</sup> Durante a idade média a Europa foi atingida pela lepra. Nesse período, como forma de contenção da doença, foram criados os chamados “leprosários”, onde os doentes eram confinados, evitando a contaminação do restante da população. Com a contenção da lepra, os estabelecimentos ficaram sem uso, até a ideia de se alojar os excluídos sociais (FOUCAULT, 2014).

social, mas ainda vinculado ao caráter moral. Neste momento a loucura começa a ser encarada como doença, devendo-se pensar meios para seu tratamento<sup>8</sup>. Segundo De Tílio (2007, p. 197):

Para Pinel (conforme citado por Foucault, 2000b) os loucos deveriam ser tratados e não surrados, deveriam ser reeducados em sua moral e reinseridos na comunidade quando curados, inaugurando a psiquiatria moderna que estudava e tentava viabilizar a capacidade/incapacidade de reinserir os loucos na sociedade – o pensamento pineliano se insere no contexto de pressões sociais da Revolução Francesa : internar sem perspectivas de tratamento consistia privação de liberdade e desrespeito aos direitos dos homens.

Apesar dos avanços apresentados por Pinel, muitas práticas agressivas ainda permaneceram em uso, como a camisa-de-força, os tratamentos com a privação da liberdade, de alimentação, duchas frias, injeção de sangue fresco, lobotomia e os eletrochoques (FOUCAULT, 1988). Tais procedimentos somente sofreram diminuição significativa com o desenvolvimento da indústria farmacológica, que permitiu o tratamento menos invasivo para alguns transtornos, não afastando, porém, a ideia de internação. Os hospitais psiquiátricos eram os únicos espaços capazes de conduzir os tratamentos para a cura, ainda que outras alternativas de tratamento fossem viáveis no caso concreto (CARRARA, 1998).

Apresenta-se o que Goffman (1987) denominou de “instituição total”, ou seja, um local onde um grupo de indivíduos, em situação semelhante, vive ou trabalha separado da sociedade. Desenvolve-se neste ambiente fechado uma nova forma de relação social de submissão entre dirigentes (controladores) e internos (controlados). Os controladores definem as regras e os tratamentos adequados. Os controlados, sob a justificativa de receber o melhor tratamento, devem se submeter a toda forma de desmando, perdendo ao final do processo sua própria identidade.

A ideia de institucionalização permaneceu sendo a regra no tratamento psiquiátrico por séculos. A consolidação dos direitos humanos internacionalmente<sup>9</sup> interferiu nesse quadro, surgindo mundialmente uma luta pela reforma psiquiátrica, na busca de alternativas capazes de curar ou melhorar o doente, valorizando sua permanência na sociedade.

A luta antimanicomial foi marcada pela atuação do médico italiano Franco Basaglia, que se preocupou com o desenvolvimento de práticas terapêuticas menos invasivas. Para Basaglia, a institucionalização prejudicava o quadro do doente, pois gerava o afastamento social e familiar. Além disso, era preciso tratar e se preocupar com o paciente, não apenas com

---

<sup>8</sup> Por essas ideias Pinel hoje é considerado o “pai da Psiquiatria”.

<sup>9</sup> Tratando especificamente dos doentes mentais, a ONU aprovou em 1971 a “Declaração dos Direitos do Deficiente Mental”. Em 1991, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Resolução nº 46/119, tratando da proteção das pessoas com doenças mentais e a melhoria da assistência à saúde mental.



a doença (AMARANTE, 1996). Basaglia foi responsável pelo início da reforma psiquiátrica na Itália, nos anos 60.

O estigma e o preconceito cultivado durante todo o processo histórico, porém, dificulta a colocação e a aceitação social do louco até os dias atuais. A desinternação do doente sem a alteração do pensamento social é ineficaz, pois o doente estará em liberdade, mas completamente alheio e excluído do convívio social.

#### 4 O tratamento da doença mental no Brasil

O tratamento institucional dos doentes mentais no Brasil se inicia com a fundação do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, em 1852. Antes da inauguração do hospital, os doentes mentais não recebiam qualquer tratamento ou assistência, permaneciam abandonados nas ruas ou eram trancafiados nas Santas Casas da Misericórdia, hospitais de Ordens Terceiras ou em suas próprias residências (FIOCRUZ, s.d., recurso *online*).

Assim como ocorreu pelo mundo, as instituições psiquiátricas sofreram grande desvirtuamento de suas funções também no Brasil. A estrutura antes pensada para oferecer tratamento aos doentes mentais passou a funcionar como verdadeiro depósito de indivíduos que não se adequavam aos padrões sociais. Tal realidade levou ao encarceramento de milhares de pessoas sem qualquer transtorno mental, que acabaram enlouquecendo no cárcere<sup>10</sup>.

Esta realidade foi observada no Hospital Colônia de Barbacena – MG, que funcionou na sua capacidade máxima de 1930 a 1980. Sua última cela só foi desativada em 1994. As condições do local eram tão apavorantes que o episódio passou a ser denominado “Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013).

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que

---

<sup>10</sup> Exemplo dessa realidade é descrita por Arbex (2013, p. 21), ao tratar da Colônia de Barbacena: “Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. **A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar**”. (destaque nosso)

as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida. (ARBEX, 2013, p. 13).

Continua Arbex (2013, p. 13-14), relatando a visita do médico italiano Basaglia ao local:

É preciso perceber que nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a nossa omissão, menos ainda uma bárbara como esta. Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta pelo fim dos manicômios, esteve no Brasil e conheceu o Colônia. Em seguida, 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”.

A tragédia descrita por Arbex, infelizmente, era realidade em muitos outros hospitais no Brasil. Os internados deixavam literalmente de ser pessoa, perdiam sua identidade e o pouco de razão que ainda havia. Morriam à mingua, após uma vida inteira de clausura, abandonados pela família e pela sociedade.

O movimento pelos direitos dos doentes mentais também ganhou força no Brasil nas décadas de 60 e 70. As normativas internacionais serviram de parâmetro para o início da discussão de uma nova forma de se tratar a pessoa, não a doença mental. Pode-se dizer que a maior influência nesse processo veio de Franco Basaglia e da reforma ocorrida na psiquiatria italiana. A ideia foi de extrapolar o ambiente hospitalar, utilizando uma verdadeira rede de assistência, visando a saúde mental dos pacientes e a possível reabilitação social (DESVIAT, 1999). Os tratamentos mais humanizados, porém, sofreram verdadeiro desvirtuamento e foram abandonados, reforçando-se a internação, chegando em 1981 a 100 mil leitos (CUNHA, 2004).

O Brasil seguia sem qualquer preocupação real com a situação dos doentes mentais no país. Apesar das discussões e de várias propostas de reforma, nenhuma medida relevante foi adotada visando solucionar o problema da internação em massa. Nem mesmo o extenso rol de direitos e garantias previstos na Constituição de 1988 foram suficientes para forçar uma transformação. O problema simplesmente foi ignorado pelas autoridades brasileiras.

Representando o descaso, em 1999, na cidade de Sobral – CE, um jovem chamado Damião Ximenes Lopes, deu entrada para tratamento em uma clínica psiquiátrica e, diante das diversas agressões sofridas, acabou morrendo. A família de Damião buscou explicações e providência das autoridades, mas recebeu apenas a informação de que a morte teria ocorrido de maneira natural, por parada cardiorrespiratória.

O caso de Damião foi denunciado pela família à Comissão Interamericana de Direitos Humanos<sup>11</sup> no mesmo ano da morte. Em 2004 a Comissão encaminhou o caso Ximenes

---

<sup>11</sup> O Sistema Interamericano de Direitos Humanos foi criado pela Convenção Americana de Direito Humanos, reconhecida pelo Brasil em 1992. São parte da estrutura do Sistema a Comissão e a Corte.

Lopes *versus* Brasil para análise da Corte Interamericana de Direitos Humanos. A CIDH reconheceu a responsabilidade do Brasil em 2006, impondo a obrigação de reparar os danos materiais e imateriais, bem como de implementar medidas melhoria no sistema de atendimento dos pacientes com transtornos mentais.

A seguir trechos da decisão da CIDH:

17. Se o doente mental sofre o mais radical abatimento da autonomia – no duplo plano do discernimento crítico e da capacidade de condução – e se acha na maior dependência imaginável com respeito ao sujeito responsável por seu atendimento – o agente do Estado, direto ou indireto, principal ou sub-rogado –, torna-se o indivíduo mais carente de atenção entre quantos se achem sujeitos à jurisdição do Estado, e este **assume uma posição de garante ainda mais imperiosa e intensa, comprometedora e completa que a que exerce em quaisquer outras funções** (CIDH, 2006). (destaque nosso)

103. A Corte Interamericana considera que toda pessoa que se encontre em situação de vulnerabilidade é titular de uma proteção especial, em virtude dos deveres especiais cujo cumprimento por parte do Estado é necessário para atender às obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos. A Corte reitera que não basta que os Estados se abstenham de violar os direitos, mas que é **imperativa a adoção de medidas positivas**, determináveis em função das necessidades particulares de proteção do sujeito de direito, seja por sua condição pessoal, seja pela situação específica em que se encontre, como a deficiência (CIDH, 2006). (destaque nosso)

Logo após a denúncia do Brasil perante a Comissão, o país sancionou a Lei nº 10.216/2001<sup>12</sup>, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Começa aqui uma nova fase para o sistema psiquiátrico brasileiro. Há, agora, a prioridade dos atendimentos em rede aberta, devendo ocorrer a internação somente em casos de extrema necessidade (art. 4º). Nas palavras de Ventura e Brito (2012, p. 747):

A reforma psiquiátrica objetiva a inclusão do portador de transtorno mental na sociedade, sem discriminação e segregação, estando albergada por dispositivo constitucional que exige ações afirmativas do Estado em defesa do usuário. Nesse sentido, afirma-se que a inclusão somente é possível por meio do exercício da cidadania, ou seja, do respeito aos direitos civis, políticos, econômicos e sociais dos portadores de transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica preocupou-se com o fortalecimento do direito à saúde e com o bem-estar do paciente, projetando tratamentos mais humanizados e métodos menos invasivos (art. 2º). Iniciou-se a organização de cadeias de atendimentos alternativos à

---

<sup>12</sup> É importante constar, que a luta antimanicomial no Brasil começou e se fortaleceu nos anos 70 e 80. Apesar das poucas conquistas neste período, muitas ideias trazidas pela lei aprovada em 2001 já vinham sendo discutidas pelos profissionais envolvidos no tratamento dos transtornos mentais.

institucionalização e o processo de liberação dos pacientes internados, respeitando-se as características individuais (art. 5º).

As alterações trazidas pela reforma foram consideradas positivas para os profissionais da área, principalmente pela preocupação com o bem-estar do paciente. O tratamento pela rede aberta permite a permanência do paciente junto à família, mantendo-se a convivência social e garantindo-se sua identidade e individualidade. Mas Ventura e Brito (2012, p. 752) apresentam importante consideração:

[...] Portanto, adverte-se que a cidadania e qualidade de vida do usuário não representam uma questão individual, mas uma questão coletiva, baseada em um novo modelo de assistência em que o transtorno mental não seja mais o centro da questão e sim o corpo social em que a experiência de sofrimento é vivida. Dessa forma, o modelo somente será eficaz quando for adotado por trabalhadores de saúde mental, em parceria com os usuários e suas famílias.

Destarte, a nova forma de se tratar o indivíduo com transtorno mental depende também do envolvimento social. É necessário o compromisso do Estado na efetivação das políticas previstas para a desinternação, acompanhamento e reinserção dos pacientes na sociedade, o investimento nas redes de assistência e na capacitação dos funcionários, mas também, é necessário um processo de conscientização coletivo, afastando-se o estigma carregado pelo doente mental.

Outro ponto importante na autonomia e independência do doente mental foi a alteração das regras de capacidade civil do Código Civil de 2002 pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015)<sup>13</sup>. Foram alterados os arts. 3º e 4º do Código Civil, retirando do rol das incapacidades absolutas “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” e “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”, e do rol dos relativamente incapazes “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido” e “os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo”. A previsão passou a ser apenas de incapacidade relativa nos casos dos “os ébrios habituais e os viciados em tóxico” e “aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade” (art. 4º, II e III). Segundo Farias, Cunha e Pinto (2016, p. 309):

---

<sup>13</sup> O Estatuto se baseou na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo no 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição Federal de 1988, e promulgados pelo Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno (art. 1º, parágrafo único, do Estatuto).

[...] Não mais há, efetivamente, uma relação implicacional entre a deficiência (física, mental ou intelectual) e a incapacidade para os atos da vida civil. Até porque a pessoa com deficiência pode não sofrer qualquer restrição à possibilidade de expressar as suas vontades e preferências. E, a outro giro, uma pessoa sem qualquer deficiência pode não ser capaz de exprimir a sua vontade, como na hipótese do menor de dezesseis anos de idade. Modifica-se, assim, a estruturação das incapacidades absoluta e relativa.

As alterações representam uma verdadeira transformação na forma de se ver a pessoa com deficiência e o doente mental. A partir deste momento, a regra será a capacidade plena, sem necessidade de qualquer interferência de terceiros. Caberá ao indivíduo decidir sobre sua própria vida, com autonomia e independência<sup>14</sup>. Somente em casos de extrema necessidade (casos em que o transtorno mental causa alucinações ou comprometem o nível de compreensão por exemplo) haverá a limitação da capacidade e a interferência de terceiros nas decisões da pessoa com transtornos mentais. Para Cohen e Salgado (2009, p. 227):

Autonomia é a capacidade de *autogoverno*, de *livre arbítrio* quanto à regência de seu próprio destino, no fazer ou não fazer, no ir ou não ir, no aceitar ou no recusar e assim por diante, concedida pouco a pouco, por parâmetros biológicos e de convívio social, que afastam os seres humanos dos animais e criam os contornos de sua personalidade. Este valor, a autonomia, envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que **se baseiem em um consentimento informado**, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais. (destaque nosso)

A reforma da regra da capacidade vem ao encontro da reforma psiquiátrica, garantindo mecanismos para a reinserção do doente mental na sociedade, permitindo uma vida digna e a tutela dos direitos da personalidade.

## **5 Os reflexos da reforma e da capacidade civil nos direitos da personalidade do doente mental**

Não há dúvida de que as alterações ocorridas nos últimos anos foram positivas, permitindo o tratamento mais humanizado da pessoa com transtornos mentais. Diversos hospitais psiquiátricos foram desativados, dando lugar a Rede de Atenção Psicossocial, mantida pelo Sistema Único de Saúde (portanto, responsabilidade de Municípios, Estados e União). O atendimento dos pacientes geralmente é realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial

---

<sup>14</sup> Como exemplo podemos destacar o disposto no art. 6º, do Estatuto: “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”.

(CAPS)<sup>15</sup>. A prioridade passou a ser o acompanhamento dos pacientes em meio aberto (tratamentos ambulatoriais ou em unidades de acolhimento ou comunidades terapêuticas) evitando o isolamento pela internação.

Além disso, após as novas regras de capacidade civil trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, nenhum paciente poderá ser submetido a tratamento ou internação sem seu consentimento, salvo nos casos em que a Lei 10.216/2001 permite a internação compulsória (art. 8º). Esta realidade já altera completamente o quadro de atendimento ao paciente com transtorno mental. A exigência de consentimento informado visa tutelar a integridade física e psíquica do paciente, evitando a violação de outros direitos como a liberdade e a autonomia. Coloca-se fim (ou um limite) a uma realidade descrita por Fé (1998, s.p.):

É possível que a tendência a considerar natural o tratamento dos doentes mentais à revelia de suas vontades ou opiniões tenha relação com duas concepções, ou melhor, dois preconceitos que foram sendo estabelecidos no que concerne a esses pacientes: sua periculosidade e incurabilidade. Não deixa de ser curioso o fato de que, no imaginário popular, a figura do louco esteja freqüentemente associada com a idéia de uma pessoa perigosa, imprevisível, capaz de praticar atos violentos, desatinos; enfim, alguém que a prudência aconselha evitar ou, sempre que possível, conter, de preferência através da reclusão a hospitais, asilos ou manicômios. O que se expressa no dito popular: "Lugar de louco é no asilo".

A ideia de que a pessoa com transtorno mental é incapaz de tomar suas próprias decisões deve ser abandonada. Sempre que possível (e isso dependerá do tipo de transtorno mental) o doente deverá opinar e ser informado de seu tratamento. Trata-se de desafio que vai além do cumprimento da lei, pois envolve a alteração cultural, o afastamento do estigma que acompanha o doente mental. A luta antimanicomial deve passar pelo processo de conscientização e aceitação social, pois o individual reinserido na sociedade necessitará de estudo, de trabalho, de condições dignas para manter-se e a sua família. Para Cohen e Salgado (2009, p. 225):

A manutenção da saúde psíquica, do modo de pensar, das convicções (políticas, religiosas, filosóficas ou sociais) mais íntimas e do equilíbrio emocional, são relevantes direitos da personalidade individual cabendo, portanto, a todos o dever de respeitá-lo, por meio de ações direitas ou indiretas, bem como durante a realização de tratamentos de saúde mental ou mesmo nos atos impositivos (no caso das internações involuntárias). O respeito a este direito deve ser garantido desde o momento da concepção, evitando-se que alguém administre à mãe ou que ela mesma ingira medicamentos que possam causar danos ao desenvolvimento psíquico do nascituro, sob pena de responsabilização penal e civil.

---

<sup>15</sup> Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (Gabinete do Ministro): Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi substituída posteriormente pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde (Gabinete do Ministro): Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Portanto, é possível afirmar que o atendimento humanizado e a inversão da regra de capacidade civil trouxeram reflexos positivos para a tutela dos direitos fundamentais e dos direitos da personalidade, na medida em que colocam o ser humano como centro das ações. Busca-se o bem-estar do paciente, dando-lhe tratamento individualizado e menos invasivo.

Há, porém, pontos negativos que decorrem da reforma antimanicomial (não diretamente dela, mas da atuação estatal). Para que a reforma se efetive de maneira adequada, de acordo com as premissas fixadas pela Lei nº 10.216/2001, é necessário que o Estado implemente a rede de assistência psicossocial em todo o território nacional, evitando que qualquer pessoa fique desassistida. Além disso, a equipe multidisciplinar envolvida nos atendimentos deverá receber treinamento e qualificação. Não se pode admitir a retirada do paciente dos hospitais sem que exista uma rede estruturada e em funcionamento de acompanhamento, inclusive esse ponto foi uma das críticas apresentadas por aqueles contrários a desinternação, conforme informa Amarante (1996, p. 18/19):

Uma outra tendência verificável nesse processo de reforma coloca-se em oposição à desinstitucionalização, por entende-la como mera desespiralização ou, na radicalidade, como simples desassistência, isto é, como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. Entende-se, nesse sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo que está em jogo.

O que se vê em muitos Municípios hoje é exatamente o quadro descrito acima, o abandono da pessoa com transtornos mentais aos cuidados, quando possível, dos familiares, muitas vezes sem condições financeiras, psicológicas e estruturais de recebê-los. A rede de atendimento é complexa, exigindo a atuação multidisciplinar em diversas frentes e níveis, de acordo com o tipo de transtorno mental e de realidade do paciente. O atendimento deficitário pode comprometer tratamento oferecido anteriormente e até piorar o estado do doente. Destarte, o caminho não é a reativação dos hospitais, mas o compromisso do poder público em implementar as demandas exigidas pela lei.

Outro ponto negativo está na fiscalização do sistema de assistência. Com o envio de pacientes para unidades terapêuticas e tratamento ambulatorial, a fiscalização dos serviços prestados passa pelo desafio de conciliar o trabalho com a escassez de profissionais. Não é raro o relato de unidades terapêuticas com tratamento inadequado, pacientes em situações degradantes, ausência de medicamentos, clausura, abandono, dentre outras violações aos

direitos dos pacientes. Ante a ausência do Estado, o papel de fiscalização é exercido na maioria das vezes pelos Ministérios Públicos Estaduais.

Assim, é possível notar os avanços trazidos para o tratamento dos pacientes com transtornos mentais. O sistema, porém, ainda não funciona integralmente e da forma como deveria, sendo deficiente inclusive sua fiscalização. Avançamos em direitos, mas não em efetividade.

## **6 Considerações Finais**

O doente mental sempre foi objeto de discriminação. Toda sua história foi marcada pelo estigma de ser pessoa violenta, irracional, sem respeito pelos valores morais e sociais. Independente do seu transtorno, das suas características individuais, seu destino era o da exclusão, do isolamento.

Com a evolução da indústria farmacológica muitos transtornos mentais passaram a receber tratamento capaz de garantir ao indivíduo condições para viver em sociedade. Acontece, que durante um bom período da história os tratamentos se vincularam aos hospitais psiquiátricos, na ideia de que apenas estas instituições poderiam definir e implementar o melhor tratamento ao doente. Acabavam sendo institucionalizados e nunca mais retornavam ao convívio social.

O chamado movimento antimanicomial tomou força nas décadas de 60 e 70. Fundados no princípio da dignidade da pessoa humana, trabalhadores da saúde começaram uma verdadeira luta pela transformação do tratamento dos transtornos mentais no mundo. Destacou-se nesse período a reforma psiquiátrica ocorrida na Itália, baseada nos estudos e ações do médico psiquiatra Franco Basaglia, que entendia que a institucionalização prejudicava o quadro do doente, pois gerava o afastamento social e familiar.

Os estudos de Basaglia influenciaram o Brasil na elaboração de sua reforma psiquiátrica, iniciada com a Lei nº 10.216/2001. O tratamento preferencial deve ocorrer em meio aberto, dedicando-se a colocar o paciente no foco do tratamento, não a doença. A humanização do tratamento e a desinstitucionalização passaram a ser o foco das ações brasileiras.

Não há dúvida de que o tratamento humanizado é a maior forma de se respeitar o princípio da dignidade da pessoa humana e os direitos da personalidade, como a vida, a integridade física e psíquica, a identidade, dentro outros. Há respeito à independência e à



autonomia do paciente, que pode opinar sobre seu tratamento. Enfim, o paciente com transtorno mental passa a ser respeitado como ser humano.

Conforme destacado neste trabalho, a reforma possui pontos negativos, como a falta de estrutura para atendimento em meio aberto em todos os Municípios do país. Há também deficiência de trabalhadores especializados e capacitados, o que gera, em muitos casos, retorno ao tratamento desumano e degradante encontrado nos hospícios e manicômios. Por fim, com a multiplicação de ambulatorios e unidades terapêuticas, a fiscalização do serviço prestado foi dificultada. Não é raro o relato de instituições que maltratam seus atendidos e até utilizam de valores financeiros recebidos da assistência social de maneira inadequada e até criminosa. Cabe ao Ministério Público Estadual e às Defensorias Públicas o papel de fiscalização e amparo desses pacientes.

Destarte, o que se propõe, sem esgotar a discussão proposta, é a análise da realidade do tratamento do paciente com transtornos mentais no Brasil, reforçando a necessidade de implementação de medidas que permitam o exercício da cidadania e o respeito aos direitos fundamentais dos pacientes. O percurso é longo e as alterações no sistema psiquiátrico caminham a passos lentos, mas já é possível perceber a melhora no atendimento do indivíduo. O que não se pode admitir de forma alguma é que a falta de estrutura e de investimento do poder público sirva de justificativa para retorno ao sistema anterior focado na internação e afastamento do indivíduo da sociedade.

## 7 Referências

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

BITTAR, Carlos Alberto. **Os direitos da personalidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em

Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 26 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 07 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 11 jan. 2002.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html). Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 04 mar. 2019.

CARRARA, Sergio. Loucos & Criminosos. In CARRARA, Sergio. **Crime de Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EDUERJ/EDUSP, 1998.

CHERUBINI, Karina Gomes. **Modelos históricos de compreensão da loucura**. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12432-12433-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

COHEN, Claudio; SALGADO, Maria Teresa Munhoz. Reflexão sobre a autonomia civil das pessoas portadoras de transtornos mentais. **Revista Bioética**, v.17, n. 2, 2009, p. 221-235.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. (Mérito, Reparações e Custas). 2006. Disponível em: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em: 03 mar. 2019.

CUNHA, Renoir da Silva. Direito sanitário, Ministério Público e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 5, n. 1, março de 2004. Disponível em: <[www.journals.usp.br/rdisan/article/download/80890/84517](http://www.journals.usp.br/rdisan/article/download/80890/84517)>. Acesso em: 12 dez. 2018.

CUPIS, Adriano de. **Os direitos da personalidade**. 2. ed. São Paulo: Quórum, 2008.

DE TÍLIO, Rafael. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Revista Paidéia**, v. 17, n. 37, maio-nov. 2007, p.195-206.

FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. **Estatuto da Pessoa com Deficiência comentado artigo por artigo**. Salvador: Editora JusPodivm, 2016.

FARIAS, Cristiano Chaves; ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil: Teoria Geral**. 4. ed. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2006.

FÉ, Ivan Araújo Moura. Doença Mental e Autonomia. **Revista Bioética**, v. 6, n. 1, 1998, sem paginação.

FIOCRUZ. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). **Hospício de Pedro II**. Disponível em: <http://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>. Acesso em: 03 mar. 2019.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Lilian Rose Shalders (trad.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: na Idade Clássica**. José Teixeira Coelho Neto (trad.). – São Paulo: Perspectiva, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Dante Moreira Leite (trad.). São Paulo. Editora Perspectiva, 1987.

GOGLIANO, Daisy. Autonomia, bioética e direitos da personalidade. **Revista de Direito Sanitário**, v. 1, n. 1, nov. 2000, p. 107-127.

LANDEIRA-FERNANDES, J.; CHENIAUX, Elie. **Cinema e Loucura**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010. *E-Book*.

SCHREIBER, Anderson. **Direitos da Personalidade**. São Paulo: Editora Atlas, 2011.

SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Conselho de Justiça Federal. **Enunciado nº 274, da IV Jornada de Direito Civil**: “Os direitos da personalidade, regulados de maneira não-exaustiva pelo Código Civil, são expressões da cláusula geral de tutela da pessoa humana, contida no art. 1º, inc. III, da Constituição (princípio da dignidade da pessoa humana). Em caso de colisão entre eles, como nenhum pode sobrelevar os demais, deve-se aplicar a técnica da ponderação”. Disponível em: <http://www.cjf.jus.br/enunciados/enunciado/219>. Acesso em: 2 mar. 2019.

TEPEDINO, Gustavo. **A tutela da personalidade no ordenamento civil-constitucional brasileiro**. Temas de Direito Civil. Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2004. Tomo I.

VASCONCELLOS, Jorge. Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

VENTURA, Carla Aparecida Arena; BRITO, Emanuele Seicenti de. Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - REVRENE**, v. 13, n. 4, 2012, p. 744-754.