



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE DIREITO

CLARA FRUTUOSO BRAGA

**ENTRE A AUTONOMIA E A PROTEÇÃO: INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E
TUTELA JURÍDICA DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL**

Brasília
2025

CLARA FRUTUOSO BRAGA

**ENTRE A AUTONOMIA E A PROTEÇÃO: INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E
TUTELA JURÍDICA DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS NO BRASIL**

Monografia apresentada à Faculdade de Direito
da Universidade de Brasília, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Direito.

Orientador: Professor Dr. João Costa-Neto

Brasília
2025

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Monografia apresentada à banca examinadora abaixo qualificada em 18 de julho de 2025, para fins de avaliação.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Costa-Neto

Orientador

Prof. José Humberto Pereira Muniz Filho

Examinador

Prof. Rafael Papini Ribeiro

Examinador

Aprovada em:

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Clarissa, por ser minha maior inspiração de vida, dedico não apenas este trabalho, mas cada conquista que ele representa. Foi com seu exemplo de perseverança que aprendi a nunca desistir dos meus sonhos. Obrigada por todo o seu amor infinito. Se hoje estou aqui é porque tive você ao meu lado.

Às minhas avós, Ana Maria e Dilma, e meus avós, Celso e Plínio, por tudo que me ensinaram, direta ou indiretamente, com gestos, palavras e amor, por todo o apoio incondicional e pelas lições valiosas que levarei para a vida inteira.

As minhas tias Robertha, Cintia, minha dinda Camila e meus tios Nathan, Leandro e Juarez, por todas as conversas, conselhos e acolhimento revestido de um carinho infinito, não só durante a graduação, mas ao longo de toda a minha vida. Obrigada por serem minha família, obrigada também pelos meus primos.

Ao meu amor, Daniel Aragão, que a vida me presenteou durante a graduação, obrigada por estar ao meu lado em cada etapa dessa caminhada, dividindo conquistas, desafios, aprendizados. Sou imensamente grata por tudo o que vivemos até aqui e por cada gesto de cuidado. Ter dividido essa etapa com você foi um presente.

Ao meu padrasto, Ricardo, que estava comigo no dia em que me matriculei na faculdade, por todas as pequenas e grandes coisas que faz diariamente por mim.

Ao meu irmão, Gabriel, que sempre me recebia em casa após as aulas com um abraço e um sorriso e fazia sua famosa pergunta: "onde você tava, xuxu?", nunca me esquecerei desses momentos.

Ao meu pai, Plínio e minhas irmãs Maria Eduarda e Maria Fernanda, pelo apoio mesmo à distância.

Aos meus amigos da graduação, Daniella Teles, Vitor Nardelli, Julia Fidanza, Guilherme Cancelli, Camila Cristina, Pedro Trajano, Pedro Cattini, Matheus Toralles e Gabriel Campos, que me fizeram sentir em casa em Brasília.

RESUMO

A presente monografia visa demonstrar, de forma crítica e analítica, o tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, no que diz respeito ao possível conflito jurídico entre sua proteção e autonomia. O caso de Damião Ximenes Lopes foi descrito a título de exemplo, a fim de tornar claros os efeitos daquele tratamento na realidade empírica. Para tanto, inicialmente, foram examinadas as concepções de transtorno mental no campo médico e no campo jurídico, especialmente a partir da Lei nº 10.216/2001 e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Em sequência, discutem-se os conflitos enfrentados entre a autonomia e proteção enfrentados por esse grupo de pessoas, abordando-se desde as questões conceituais. Por fim, descreve-se o caso “Damião Ximenes Lopes x Brasil”, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, responsável pela primeira condenação do país por violação de direitos humanos em instituição psiquiátrica, evidenciando falhas no controle das internações e reforçando a necessidade de garantias processuais e supervisão jurídica efetiva dessas medidas. O trabalho foi feito por meio de uma pesquisa bibliográfica e, ao final, considerou-se, entre outros, que há um desafio jurídico e bioético central na conciliação do dever de proteger com o respeito à autonomia.

Palavras-chave: Transtorno mental; Reforma psiquiátrica; Internação Involuntária; Autonomia; Proteção.

ABSTRACT

This monograph aims to demonstrate, in a critical and analytical way, the treatment given to people with mental disorders, with regard to the possible legal conflict between their protection and autonomy. The case of Damião Ximenes Lopes was described as an example, in order to make clear the effects of that treatment in empirical reality. To this end, the conceptions of mental disorder in the medical field and the legal field were first examined, especially since Law No. 10.216/2001 and the Statute of the Person with Disability. Next, the conflicts between autonomy and protection faced by this group of people are discussed, starting with conceptual issues. Finally, we describe the “Damião Ximenes Lopes x Brazil” case, judged by the Inter-American Court of Human Rights, responsible for the country's first conviction for violation of human rights in a psychiatric institution, highlighting flaws in the control of hospitalizations and reinforcing the need for procedural guarantees and effective legal supervision of these measures. The work was carried out through a bibliographical survey and, in the end, it was considered, among other things, that there is a central legal and bioethical challenge in reconciling the duty to protect with respect for autonomy.

Key-words: Mental disorder; Psychiatric reform; Involuntary hospitalization; Autonomy; Protection.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 TRANSTORNOS MENTAIS E DIREITOS FUNDAMENTAIS	10
2.1. Conceito de transtorno mental	10
2.2 Reforma psiquiátrica e desdobramentos legais imediatos	13
3 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA NO CONTEXTO BRASILEIRO: ASPECTOS LEGAIS E PRÁTICOS.....	18
3.1 Procedimentos e requisitos legais para a internação involuntária a luz da Lei nº 10.216/2001	18
3.2 Estatuto da Pessoa com Deficiência: capacidade civil, curatela e tomada de decisão apoiada.....	22
4 RELAÇÃO ENTRE PROTEÇÃO E AUTONOMIA DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS	27
4.1 Da autonomia	27
4.2 Da relação autonomia <i>versus</i> proteção do doente psiquiátrico.....	29
5 CASO DAMIÃO XIMENES LOPES <i>VERSUS</i> BRASIL.....	33
5.1 A Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua representação: aspectos pontuais.....	33
5.2 Damião Ximenes Lopes: da Internação à Corte Interamericana de Direitos Humanos.....	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

O Relatório Mundial de Saúde Mental, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2022, referiu-se aos problemas de saúde mental responsáveis pela maioria dos casos de transtorno mental. Segundo ele, em 2019, 301 milhões de pessoas em todo o mundo viviam com transtornos de ansiedade; 280 milhões viviam com transtornos depressivos, e a esquizofrenia afetava cerca de 24 milhões de pessoa – cerca de 1 em cada 200 adultos com 20 anos ou mais. Trata-se de uma das maiores preocupações dos sistemas de saúde mental em diversos países (OMS, 2022, pg. 40).

Esses dados não afetam apenas a área médica, deixando claro que a proteção dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais se configura uma das questões mais delicadas e desafiadoras do Direito contemporâneo. Também, que o tratamento adequado dessa temática exige a articulação de área médica a partir de instrumentos científico-médicos, legais, éticos e institucionais que assegurem, não só, a promoção da dignidade da pessoa humana, mas todos os direitos dispostos no ordenamento jurídico.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar, de forma crítica e analítica, o tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, no que diz respeito ao possível conflito jurídico entre proteção e autonomia. O caso de Damião Ximenes Lopes será descrito a título de exemplo, a fim de tornar claros os efeitos daquele tratamento na realidade empírica.

A abordagem do tema é relevante, principalmente frente à crescente visibilidade das questões relacionadas à saúde mental, ao aumento expressivo dos casos de transtornos mentais e às controvérsias jurídicas e bioéticas que envolvem várias questões relativas aos procedimentos médicos a serem adotados nesses casos. O enfoque do eventual conflito entre proteção ao indivíduo com transtorno mental e respeito à autonomia, seu direito, revela-se um ponto muito sensível do Direito em relação a isso. Logo, tratar desse aspecto imprime a este trabalho um caráter bastante oportuno, seja pelo desafio da complexidade que lhe é inerente, seja por entender que, ao longo do tempo, persistiram/persistem dificuldades de superação do estigma relativo a esses transtornos, seja por descrever a evolução legislativa sobre o assunto e constatar a diferença entre as normas e a prática.

Assim, espera-se, com o presente estudo, contribuir para o aprofundamento do debate jurídico sobre a compatibilização entre a tutela estatal e os direitos individuais, apontando os riscos da banalização da internação involuntária e sugerindo medidas normativas e institucionais para garantir a proteção da dignidade humana.

Metodologicamente, o trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica, sendo consultadas publicações sobre o tema, além da legislação. Paralelamente, foram consultados documentos da Corte Internacional de Direitos Humanos, da qual o Brasil é signatário, tendo em vista o papel que ela desempenha no âmbito da cooperação internacional em relação ao tema.

O trabalho se encontra estruturado em quatro capítulos. No primeiro, abordam-se os critérios médicos e normativos utilizados para definição de pessoas com transtorno mental. Aborda-se o confronto entre o saber médico e o saber jurídico, no que tange a pessoas com deficiência mental. Ao adotar uma linguagem progressiva e ampla, a medicina faz uso de duas ferramentas internacionais essenciais para essa categorização, reconhecendo uma extensa lista de estados entre a saúde mental plena e os transtornos. Já o Direito tende a operar com categorias rígidas e restritas, como por exemplo, capacidade ou incapacidade, o que nem sempre reflete a complexidade clínica dos casos.

Com essa dicotomia histórica, especialmente no contexto da redemocratização brasileira após o período ditatorial, que constituiu um marco significativo para o progresso jurídico e social, consolidando importantes garantias legais e promovendo a efetivação de direitos fundamentais, surge a Reforma Psiquiátrica alinhada com o Movimento Sanitarista da década de 70. Essa Reforma busca transformar a forma que as pessoas com transtorno mental eram vistas e tratadas não só pela sociedade em geral, mas especialmente pelo ordenamento jurídico brasileiro.

No segundo capítulo, apresenta-se um dos pontos centrais deste estudo, a relação entre proteção ao portador de transtorno mental e a autonomia, tendo como o problema da internação involuntária como um dos exemplos mais significativos nesse sentido. Faz-se a distinção desse tipo de internação em relação a outros tipos, descrevem-se os respectivos procedimentos e, posteriormente, traz-se o Estatuto da Pessoa com Deficiência em sua significação no contexto legal sobre o assunto.

Esse Estatuto promoveu uma profunda alteração na forma como o ordenamento jurídico brasileiro passa a compreender a pessoa com deficiência, reconhecendo sua plena capacidade civil e sua titularidade de direitos em condições de igualdade com as demais pessoas. Além disso, deu à luz a reforma de importante instrumento - a curatela - e introduziu a figura da Tomada de Decisão Apoiada, um recurso que visa conciliar a proteção com a autonomia da pessoa com deficiência.

No terceiro capítulo, discute-se a relação entre a proteção e a autonomia de pessoas com transtornos mentais, aspectos focais desta monografia. Verifica-se como o ordenamento jurídico brasileiro vem progressivamente consolidando um modelo normativo que privilegia a autonomia com suporte, a proteção proporcional e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais.

Nessa perspectiva, a adoção de medidas individualizadas, o fortalecimento de mecanismos de apoio à tomada de decisão e a substituição do paradigma da curatela ampla e irrestrita pelo reconhecimento da plena capacidade jurídica dessas pessoas constituem avanços significativos na promoção de seus direitos fundamentais. Em síntese, o principal desafio jurídico consiste em estabelecer um equilíbrio responsável entre o dever estatal de proteção e o respeito à liberdade e à autodeterminação do indivíduo, em consonância com os princípios da dignidade da pessoa humana e da igualdade material.

Além dos instrumentos normativos internos, a jurisprudência internacional também se mostra relevante para a compreensão crítica da matéria. O caso *Damião Ximenes Lopes vs. Brasil*, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 2006, representa um divisor de águas na responsabilização do Estado brasileiro por omissões graves no sistema de saúde mental. Damião Ximenes Lopes, foi internado em uma clínica psiquiátrica no interior do Ceará, aonde veio a falecer em circunstâncias marcadas por maus-tratos, negligência e ausência de supervisão estatal. Essa condenação evidenciou a urgência da reformulação das práticas institucionais brasileiras, reforçando a necessidade de responsabilização do Estado não apenas por ações, mas também por omissões que resultem em violação de direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais.

2 TRANSTORNOS MENTAIS E DIREITOS FUNDAMENTAIS

O Direito, em seu papel de regulamentação das relações sociais, não tem como caracterizar os fatos a que se refere de modo pontual, pois as variáveis não só são muitas, como é impossível antevê-las. Porém, ao mesmo tempo, há situações concretas em que a ausência de caracterizações específicas ou que uma caracterização por demais abrangente impedem, por exemplo, o enquadramento normativo adequado, certamente gerando consequências negativas.

Nessa perspectiva, pode-se falar da necessidade de integrações conceituais entre o Direito e a área técnica à qual a norma se refere, a fim de dirimir problemas nesse sentido, pelo menos em parte.

2.1. Conceito de transtorno mental

A relação entre a Psiquiatria e o Direito, apesar de essencial, é marcada por complexidades e desafios. Isso se deve ao contraste entre as abordagens de cada área: enquanto a medicina utiliza uma linguagem gradual e progressiva para descrever o estado do paciente — variando entre casos graves e plena saúde —, o Direito opera com categorias claras, dicotômicas e absolutas, na qual o indivíduo é considerado capaz ou incapaz, devendo ou não ser internado, representa ou não uma ameaça.

Nessa perspectiva, para o desenvolvimento deste trabalho, são necessárias abordagens sobre o transtorno mental para a Medicina e para o Direito e sua interface. A primeira tentativa para abordar diagnósticos a respeito de transtornos mentais de forma padronizada e pré-definida ocorreu em 1952, quando a Associação Psiquiátrica Americana publicou, pela primeira vez, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-1), Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais. Ao longo dos anos e em suas edições, o DSM tratou o assunto de forma evolutiva, acompanhando as pesquisas e servindo de parâmetro clínico ao qual se podia reportar para a identificação, a classificação e o diagnóstico de doenças mentais com base em critérios concisos e explícitos. A finalidade desse manual é facilitar uma avaliação objetiva dos sintomas na variedade de contextos clínicos: internação, ambulatório, hospitalização parcial, consulta-ligação, clínica, prática privada e cuidados primários.

Em março de 2022, o DSM-5-TR trouxe um sistema de classificação que tenta categorizar as doenças mentais com base na descrição dos sintomas (ou seja, o que dizem e

fazem as pessoas como reflexo do que pensam e sentem) e no curso da doença. O transtorno mental foi definido, então, como

[...] uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Os transtornos mentais geralmente estão associados a sofrimento significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras atividades importantes. Uma resposta esperada ou culturalmente aprovada a um estressor comum ou perda, como a morte de um ente querido, não é um transtorno mental. Comportamentos socialmente desviantes (por exemplo, políticos, religiosos ou sexuais) e conflitos que ocorrem principalmente entre o indivíduo e a sociedade não são transtornos mentais, a menos que o desvio ou o conflito resultem de uma disfunção no indivíduo, conforme descrito acima. (tradução livre) (DSM-5 TR, 2022, p.14).

Por conseguinte, é possível identificar elementos centrais para essa delimitação, como o fato de que sintomas devem ser mais do que variações normais de humor, pensamento ou comportamento e que a disfunção necessariamente implica um funcionamento anormal em mecanismos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento e que consequentemente essa condição apresentada vai causar sofrimento ou prejuízo importante nas áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes da vida da pessoa.

Por fim, o manual enfatiza que diagnósticos não são rótulos definitivos, mas sim, ferramentas clínicas para ajudar o entendimento e tratamento e que é preciso considerar tanto a presença, quanto a ausência de critérios diagnósticos quanto à gravidade dos sintomas para chegar a um diagnóstico oficial.

Outra ferramenta importante de categorização é Classificação Internacional de Doenças (CID), elaborada e publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que se encontra atualmente na décima primeira edição - CID - 11 -, publicada em janeiro de 2022. A CID se utiliza de um código alfanumérico como base de identificação de doenças, com base em classes e em subclasses, fatores de morbidade e mortalidade em todo o mundo, além de ser uma base estatística de saúde. Ela é aplicada globalmente em países-membros da OMS, inclusive o Brasil, como padrão oficial para codificação de doenças e problemas de saúde. (CID 11, 2022, pg. 16).

Na CID-11, os transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento estão classificados no Capítulo 06, com códigos que começam com a letra "6", como por exemplo, Transtorno depressivo recorrente 6A70, Transtorno esquizofrênico 6A20, Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) 6A02 entre outros. (CID 11, 2022, pg. 61).

A CID faz uso de categorias diagnósticas semelhantes às encontradas no DSM-5-TR, indicando que o diagnóstico das doenças mentais específicas está sendo feito de forma mais consistente e padronizada em todo o mundo.

Nessa perspectiva, definir um transtorno mental é essencial, especialmente porque existe o perigo de se rotularem incorretamente diversos desvios sociais ou variações de comportamento como "transtornos", quando, na realidade, seriam mais adequadamente interpretados como "diferenças individuais não patológicas" ou "opções de estilo de vida". Um exemplo claro é a homossexualidade, que foi classificada como transtorno no DSM-I (Associação Psiquiátrica Americana, 1952), mas foi excluída dessas classificações no DSM-5 (Associação Psiquiátrica Americana, 2013).

Tal circunstância evidencia que os critérios para a definição do transtorno mental encontram-se intrinsecamente vinculados a diferentes contextos culturais, sociais e históricos, para além do respaldo da ciência. Destaca-se que os diagnósticos psiquiátricos devem ser objeto de rigorosa análise e criteriosa avaliação, pois diagnósticos realizados em bases diferentes podem contribuir para a normalizar condutas ou impor concepções morais diferentes das legitimadas pela ciência médica.

Apesar dos relevantes progressos na compreensão, classificação e consequente tratamento das doenças mentais, persiste o estigma que lhes é associado, bem como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde em comparação com outras patologias. Nesse sentido, é frequente que pessoas acometidas por transtornos mentais se sintam constrangidas e ocultem seus sintomas ou diagnósticos, bem como culpabilizadas em razão de sua condição, o que reforça a imprescindibilidade da tutela jurídica para garantir a proteção de seus direitos e o acesso equitativo ao atendimento adequado.

Nas leis e normas do Direito brasileiro, o transtorno mental não é caracterizado claramente em suas condições clínicas ou técnicas. Ao contrário, de forma ampla, reconhece-se o transtorno mental como um estado que impacta a saúde mental do indivíduo, acarretando consequências jurídicas e sociais, fundamentando-se em critérios médicos para sua devida identificação e classificação. O Decreto nº. 3.298/1999, em seu art. 4º, inc. IV arriscou definir deficiência mental da seguinte maneira:

Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:
[...]

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho.

Essa definição se revela em desacordo com a Constituição Federal e com seus princípios, uma vez que exclui da tutela legal, sem devido respaldo técnico-científico, indivíduos que apresentam transtornos mentais após os dezoito anos de idade. Ressalte-se que a delimitação legal do conceito de transtorno mental não pode se afastar dos critérios diagnósticos internacionalmente reconhecidos, os quais devem orientar a identificação e o tratamento dessas condições, conforme os parâmetros adotados pela comunidade científica.

Desse modo, de forma geral, a legislação se resguarda em apenas conferir direitos, garantias e cuidados especiais às pessoas com transtorno mental a partir de instrumentos legais, como a Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica - e a Lei nº 13.146/2015 – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI).

2.2 Reforma psiquiátrica e desdobramentos legais imediatos

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu no contexto da redemocratização, momento em que se intensificaram as demandas sociais e se reafirmou o dever do Estado de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos. Tal processo reformista desenvolveu-se de forma concomitante ao Movimento Sanitário, iniciado na década de 70 (século XX), que propôs a transformação dos modelos de atenção e de gestão em saúde, com ênfase na promoção da saúde coletiva, na equidade do acesso aos serviços e na participação ativa de trabalhadores e usuários nos processos decisórios e na construção de tecnologias voltadas ao cuidado em saúde.

No Brasil, o processo de reforma se deu mais no sentido de politização das denúncias e críticas a partir dos movimentos sociais e das lutas contra o autoritarismo da ditadura e as instituições de violência que se tornaram “casas de horrores” (grandes hospitais ou asilos psiquiátricos). Por isso, a RP brasileira se constituiu como luta por liberdade e contra todas as formas de violência e tem como origem as lutas sociais e populares pelos direitos humanos e pela democracia. Portanto, nasce da sociedade civil, e não do Estado ou de interesses de grupos de poder, como reivindicação popular e por cidadania e direitos, estando muito mais próxima de uma noção de “reforma estrutural”, como proposto por Sonia Fleury, uma reforma das relações entre Estado e sociedade, mais que uma renovação de velhos modelos no âmbito técnico-assistencial. Nas últimas décadas, o processo de reforma psiquiátrica

no Brasil tem sido uma das mais importantes políticas de Saúde Mental e inclusão da diferença do mundo, levando a loucura do isolamento institucional nos manicômios à participação social e política, com ocupação da cidade e diferentes formas de inclusão social e intervenção na cultura (Amarante, Torre, 2017, p. 765).

Em 1987, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, marco na jornada para garantia de melhores condições de saúde e de direitos das pessoas acometidas com problemas mentais. No mesmo ano, em São Paulo, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, que são unidades públicas de saúde, acessíveis à população em geral, nas quais atua uma equipe técnica interdisciplinar, destinada à prestação de cuidados integrais em saúde mental. Os CAPS integram a rede de atenção psicossocial, com objetivo assegurar o acompanhamento contínuo, a intervenção em situações de crise e a promoção da reabilitação psicossocial.

A promulgação da Constituição de 1988 representou um marco para os avanços jurídicos e sociais no campo da saúde mental, na medida em que a Reforma Psiquiátrica passou a contar com o respaldo institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a ampliação dos direitos fundamentais, conforme previsto na nova ordem constitucional (Delgado 2019). Cumpre destacar que o SUS é formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal sob o controle social dos Conselhos Comunitários de Saúde.

Com base nesses novos parâmetros, as questões de saúde mental, até então desprovidas de amparo constitucional, foram inseridas nas diretrizes de proteção e promoção da saúde, sob a responsabilidade do SUS e então, houve a constitucionalização dos direitos, que reverberou em maior garantia a grupos que, historicamente, suportaram um longo e árduo processo de exclusão e marginalização social. Segundo Marques e Miragem,

Com a Constituição de 1988, em vários de seus dispositivos observa-se a preocupação com a proteção das pessoas com deficiência. É o caso do art. 7º, XXXI, que veda a discriminação no acesso ao trabalho; do art. 23, II, que estabelece a competência comum da União, dos Estados e do Distrito Federal para cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência do art. 24, IV, que estabelece a competência legislativa concorrente da União, dos Estados e do Distrito Federal para proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência, do art. 37, VIII, que estabelece a reserva de vagas no provimento por concurso de cargos e empregos públicos; do art. 203, IV, que fica dentre os objetivos da assistência social a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, o art. 208, III, que assegura "atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino", com o art. 227 §1º, II, que relaciona dentre os deveres do Estado em relação à criança e ao adolescente, a "criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração

social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos (Marques; Miragem, 2012, p. 164).

Em 1989, foi submetido ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), destinado à regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e à desinstitucionalização progressiva dos manicômios no país, buscando o modelo assistencial em saúde mental. Essa proposição legislativa inaugurou as demandas do movimento da Reforma Psiquiátrica no plano jurídico e normativo, objetivando a proteção dos direitos humanos e a transformação do modelo de atenção à saúde mental.

Era um contexto social e político propício para reformas no campo da saúde e do social, conforme Delgado (2011) descreve:

Esse era o contexto, auspicioso para a formulação e defesa de políticas públicas, do início dos anos 90, apesar de todas as fragilidades de uma democracia em processo de reconstrução. O campo da saúde mental como política pública já vinha, desde os anos 80, construindo o processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. (Delgado, 2011, p. 2)

Logo após, em 1990, foi realizada a Conferência de Caracas (Venezuela), um marco histórico para a saúde mental latino-americana. O propósito foi a defesa da reestruturação dos modelos de atenção psiquiátrica com base em diretrizes e princípios voltados à revisão crítica do papel predominante e centralizador dos modelos assistenciais vigentes, incluindo aqueles de caráter hospitalocêntrico, medicamentoso ou manicomial.

A chamada Declaração de Caracas, momento inaugural de reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garantisse o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais – a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, instituindo modalidades de atenção alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais (Desviat, 2015, p. 133).

Outro importante marco internacional, que ocorreu logo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que marcou o início da caminhada oficial de garantias a pessoas com transtornos mentais no país, foi a aprovação da Resolução 46/119, em 1991, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU, 1991). Esse documento trata dos Princípios para a Proteção das Pessoas com Doença Mental e Melhoria nos Cuidados de Saúde Mental e determina a proteção aos pacientes com transtornos mentais, contra qualquer tipo de maus-tratos e de tratamentos degradantes. Essa resolução enumerou 25 princípios voltados à proteção

dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, com foco no respeito à dignidade, à liberdade, ao consentimento informado e aos cuidados adequados.

Ademais, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, assinada pelo Brasil em 1999, promulgada pelo Decreto nº. 3.956, de 08.10.2001, também foi referência para o desenvolvimento de leis e de novas perspectivas acerca do tratamento médico-social para com as pessoas com transtornos mentais no país.

Outros marcos legais relevantes para a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais foram instituídos no país e serão abordados com maior profundidade em momento oportuno, tendo como base os dispositivos legais já mencionados.

Por ora, urge enfatizar que, apesar do amplo conjunto de direitos e garantias assegurados pela Constituição Federal de 1988, ainda a se destrinchar, é notório que, na realidade prática, muitos desses dispositivos ainda carecem de efetiva implementação. O direito fundamental à saúde, disposto no artigo 6º e 196º, insere-se nesse contexto, denotando um evidente descompasso entre o que se estabelece no texto constitucional e o que se verifica no cotidiano da população, mesmo com a criação do SUS, instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Desse modo, é na Carta Magna que se encontram positivados os princípios fundamentais de proteção do ser humano, com especial cautela a proteção destinada aos portadores de deficiência.

Nos termos do art. 7º, inciso XXXI, é vedada qualquer discriminação relativa a salário ou critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência, reforçando-se a isonomia no acesso ao mercado de trabalho. A competência comum dos entes federativos para cuidar da saúde e da assistência pública, especialmente no que tange à proteção das pessoas com deficiência, está prevista no art. 23, inciso II. Já art. 24, inciso XIV, estabelece a competência concorrente para legislar sobre a proteção e integração social dessas pessoas.

Ademais, o art. 37, inciso VIII, impõe à administração pública a obrigatoriedade de reservar percentual dos cargos para pessoas com deficiência, assegurando sua inclusão funcional. E no campo da assistência social, o art. 203, incisos IV e V, determina a garantia da habilitação e da reabilitação, bem como da integração comunitária das pessoas com deficiência, além da concessão de benefício assistencial àqueles que comprovem hipossuficiência.

Na seara educacional, o art. 208, inciso III, obriga o Estado a oferecer atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino. Por fim, o art. 227, § 1º, inciso II, garante às crianças e adolescentes com deficiência o direito à dignidade, à convivência familiar e comunitária e a proteção contra qualquer forma de negligência ou violência. Conforme o § 2º do mesmo artigo, o poder público deve promover programas de assistência integral à saúde, inclusive com atendimento especializado. Dessa forma, esses dispositivos reforçam a importância da dignidade humana, a promoção da igualdade substancial e a responsabilidade do Estado em implementar políticas públicas inclusivas e de proteção para esse grupo vulnerável da sociedade.

Em suma, a Reforma Psiquiátrica no Brasil vai além da simples mudança na forma de se prestarem atendimentos em saúde mental. Trata-se de um processo amplo, que implica a redefinição de conceitos e de práticas, demandando transformações intensas nas esferas política, econômica, administrativa e social. Esse processo se insere na tendência internacional que valoriza a atenção psicossocial e tem como foco a promoção da cidadania, a convivência em comunidade e a desinstitucionalização.

E para isso, o ordenamento jurídico brasileiro, alinhado aos tratados internacionais, passa a estabelecer um conjunto de normas voltadas à proteção das pessoas com transtornos mentais, garantindo-lhes um tratamento digno, respeitoso e igualitário. Contudo, a efetivação desses direitos depende da superação de barreiras históricas, sociais e institucionais que ainda persistem na realidade brasileira.

Nesse contexto, torna-se fundamental uma análise crítica da efetividade dos direitos das pessoas com transtornos mentais, especialmente no que diz respeito à aplicação prática das garantias constitucionais. Embora enraizada no Direito constitucional, sua abordagem requer a integração de conhecimentos interdisciplinares.

3 INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA NO CONTEXTO BRASILEIRO: ASPECTOS LEGAIS E PRÁTICOS

A internação involuntária de pessoas com transtornos mentais possivelmente representa um dos exemplos mais significativos das formas de tratamento dispensadas a esses pacientes, por envolver, justamente, a impossibilidade de ele decidir/concordar, pela forma como se supõe ser tal procedimento, pelas configurações históricas em torno desse agir e, por fim, pelo que esse todo complexo representa para os familiares.

Nesse sentido, são trazidas, a este estudo, as respectivas determinações legais, com a visão da letra da lei sobre o assunto, bem como apresentado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, com sua perspectiva mais humanizada dos direitos e das soluções para esse grupo de pessoas.

3.1 Procedimentos e requisitos legais para a internação involuntária a luz da Lei nº 10.216/2001

Diante dos impactos provocados pela Reforma Psiquiátrica nas esferas médica, social e, principalmente, jurídica, juntamente com a promulgação da nova Constituição e suas consequentes transformações, tornou-se essencial a elaboração de leis que assegurassem o pleno exercício da capacidade civil desses indivíduos.

A Lei nº 10.216/2001, apelidada de Lei Antimanicomial ou Lei da Reforma Psiquiátrica, fruto do PL nº. 3.657 do Deputado Paulo Delgado, é o grande marco dessa conquista. Ela rompe com a lógica asilar e abre espaço para a construção de abordagens terapêuticas mais dignas, humanas e adequadas às necessidades dos indivíduos, promovendo um redirecionamento do modelo assistencial, antes centrado em internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, para uma abordagem comunitária, com foco na inclusão social e na dignidade humana.

O projeto de lei inicialmente tratava da "extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória" (Câmara dos Deputados, 1998, p.1). Contudo, após alterações promovidas pelo Senado, sua ementa foi modificada para "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental." (Senado Federal, 1989, p.1).

Nesse sentido, ainda que incipiente, mas com caráter libertador e inovador, fundamentada nos direitos de terceira e de quarta geração, a Lei nº. 10.216/2001 reconhece e legitima os direitos das pessoas com transtornos mentais. Assegura, já no artigo 1º, a proteção e a garantia aos direitos sem qualquer distinção de gênero, de etnia, de religião ou de classe social, reafirmando a dignidade e a inclusão desse grupo vulnerável. Diz esse artigo 1º :

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Então, entre suas principais características, destaca-se a superação do modelo hospitalocêntrico, substituído por uma rede de serviços substitutivos, como os CAPS, as residências terapêuticas e os leitos em hospitais gerais. Também a promoção da desinstitucionalização, com a extinção progressiva dos manicômios, buscando reintegrar o paciente à convivência familiar e comunitária.

A lei, no artigo 2º, estabelece ainda uma série de direitos fundamentais às pessoas com transtornos mentais. Entre eles, estão: o direito ao tratamento em locais apropriados, que garantam o respeito à dignidade e aos direitos individuais, com interesse exclusivo de beneficiar sua saúde; a proteção contra qualquer forma de abuso, negligência ou exploração; o direito à informação clara sobre o diagnóstico e o tratamento, garantindo também o sigilo das informações pessoais e o livre acesso aos meios de comunicação, salvo em situações restritas previstas em lei; direito à presença médica a qualquer momento para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária e para também receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, entre outros.

Ademais, em seu artigo 3º, fica claro que cabe ao poder público garantir o acesso dos indivíduos com transtornos mentais aos serviços de saúde adequados, eficazes e humanizados, aliados à participação da família e da sociedade de modo geral.

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.

A partir do artigo 4º, o assunto alvo é a internação que, a princípio, somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se revelarem inadequados ou insuficientes, o que implica que a internação para tratamento psiquiátrico deve ser uma medida excepcional,

adotada somente quando não existirem alternativas eficazes de tratamento dentro da rede de atenção psicossocial, como o CAPS, serviços ambulatoriais ou cuidados domiciliares, sempre visando à reinserção social do paciente em seu meio.

Para quando necessário e mediante laudo médico circunstanciado, que caracterize os motivos, a Lei 10.216/2001, no 6º artigo, define três modalidades de internação psiquiátrica:

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.

Nesse sentido, na internação voluntária, a pessoa que solicita ou concorda com a internação deve assinar, no momento da admissão, uma declaração confirmando sua escolha por esse tipo de tratamento. A alta ocorre mediante solicitação escrita do próprio paciente ou por decisão do médico responsável. No entanto, a internação voluntária pode ser convertida em involuntária, caso em que o paciente não pode deixar o estabelecimento sem autorização prévia.

A internação involuntária se dá sem o consentimento do paciente e por meio de solicitação de terceiros. Na maioria dos casos, são os familiares que fazem o pedido, embora outras pessoas também possam fazê-lo. Essa solicitação deve ser formalizada por escrito e precisa ser aprovada pelo médico, preferencialmente psiquiatra.

A lei ainda estabelece que, nesses casos, os responsáveis técnicos pelo estabelecimento de saúde devem comunicar ao Ministério Público do estado, em até 72 horas, a ocorrência da internação e suas justificativas; essa prática também é aplicada ao momento da alta. O encerramento da internação involuntária só ocorrerá mediante solicitação por escrito do familiar ou responsável legal ou por decisão do profissional especializado, responsável pelo tratamento.

Já a internação compulsória não exige autorização da família, sendo determinada exclusivamente por decisão judicial, com base em pedido formal apresentado por um médico. Ademais, o juiz deve avaliar se o estabelecimento de saúde oferece condições adequadas de segurança para proteger o paciente, os demais internados e os profissionais envolvidos.

Importante é ressaltar que, tanto a internação quanto a alta são atos médicos, previstos no artigo 4º da Lei n. 12.842/13, que dispõe sobre o exercício da medicina. Desse modo, a

internação psiquiátrica, voluntária, involuntária ou compulsória, apenas pode ser autorizada mediante laudo médico circunstanciado, que aponte detalhadamente motivos e circunstâncias. A internação nunca deve ser de natureza asilar, vedada nos termos da Lei 10.216/2001.

Outras normas também foram estabelecidas, como a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS. Esses centros têm como missão oferecer atendimento contínuo às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, proporcionando cuidados clínicos e ações de reabilitação psicossocial, reduzindo a necessidade de internações e promovendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Desse modo, a pessoa com transtorno mental dispõe de locais especializados para o tratamento de sua condição, contando com o apoio de uma equipe multidisciplinar voltada a assegurar a efetividade das leis existentes e a promover sua reinserção no convívio social e familiar.

A Portaria nº 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, complementa essas disposições, ao regulamentar a organização da atenção integral em saúde mental no âmbito do SUS, reforçando que a internação deve ocorrer apenas quando esgotados os recursos da rede de atenção psicossocial. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias e os procedimentos de notificação dessas internações ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

De acordo com a portaria nº 2391/GM, por exemplo, o laudo médico é parte essencial da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, que deve obrigatoriamente conter: identificação do estabelecimento de saúde; identificação do médico responsável pela autorização da internação; identificação do usuário, bem como de seu responsável e os contatos da família; a caracterização da internação como voluntária ou involuntária; motivo e justificativa da internação; descrição dos motivos de discordância do usuário, caso se oponha à internação; CID correspondente ao diagnóstico; informações ou dados relevantes à Previdência Social (INSS); avaliação da capacidade jurídica do usuário, indicando se é interditado ou não; informações sobre o contexto familiar e previsão estimada de duração da internação.

Portanto, é essencial destacar que a internação, mesmo quando involuntária, não implica a suspensão dos direitos da pessoa internada e que a restrição da liberdade - momentânea -

somente ocorre dentro dos limites do devido processo legal, da proteção aos direitos fundamentais e à dignidade da pessoa humana.

Outro documento de grande importância para o acolhimento e tratamento de pessoas com transtorno mental é a Portaria nº 3.088/GM/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Os objetivos gerais da RAPS, conforme estabelecido no artigo 3º, incluem: ampliar o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial; promover o vínculo entre as pessoas com transtornos mentais ou necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, com os diversos pontos de atenção; assegurar a articulação e integração dos serviços de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às situações de urgência.

Ressalte-se que, em 2024 foi promulgada a Lei nº 14.819, que fortalece a atenção psicossocial nas escolas, ampliando o acesso a serviços de saúde mental para estudantes, através da Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.

Como se verifica, com a evolução do entendimento previsto em lei, o transtorno mental, em si, deixa de ocupar o centro das atenções, e o foco passa a ser o próprio sujeito – reconhecido como titular de direitos, que devem ser garantidos e respeitados – e seu tratamento.

Nesse sentido, a existência de leis específicas que assegurem a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais é fundamental, sobretudo porque, até então, esses indivíduos não contavam com nenhuma norma elaborada de forma direcionada à sua realidade, voltada à inclusão social e à garantia de seus direitos civis. Mas também, é importante pontuar que a conquista legislativa não representou o fim da luta social nem do Movimento da Luta Antimanicomial; esses permanecem ativos e atentos, denunciando práticas inadequadas e incompatíveis com o novo ordenamento jurídico (Nunes et al., 2019, p.7).

3.2 Estatuto da Pessoa com Deficiência: capacidade civil, curatela e tomada de decisão apoiada

A Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) é consequência da assinatura da Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência - Convenção de Nova York - em 2007. Sua finalidade é garantir e promover, em

igualdade de condições, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência, com foco na sua inclusão social e no pleno exercício da cidadania.

Anteriormente, em 1975, havia sido aprovada, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, que conceitua pessoa deficiente como "qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais" (ONU, 1975).

Seguindo essa ideia, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 2º define pessoa com deficiência:

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.

Nota-se que o conceito de deficiência introduzido pela lei representa uma mudança significativa no modelo de avaliação da deficiência e de seus graus de comprometimento. Anteriormente, prevalecia um enfoque centrado na avaliação médica. Com o novo modelo, essa abordagem é substituída por uma avaliação feita por equipe multiprofissional e interdisciplinar, cujos profissionais atuam de forma integrada. Essa equipe considera, de maneira articulada, fatores biológicos, psicológicos e sociais para alcançar um diagnóstico mais completo e humanizado, com base em critérios técnicos (Machado et al., 2019).

Dessa forma, a avaliação da deficiência vai além do aspecto clínico, passando a considerar também o contexto social em que a pessoa está inserida. Isso porque a deficiência não se limita ao impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, mas resulta da interação entre esses impedimentos e as barreiras – como obstáculos físicos, atitudes discriminatórias e comportamentos excludentes – que dificultam ou impedem a participação plena e igualitária do indivíduo na sociedade (Machado et al., 2019, p. 34).

Outrossim, promovendo a autonomia pautada na liberdade, na dignidade e na igualdade, o Estatuto, em seu artigo art. 4, § 1º, considera discriminação, em razão da deficiência,

toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas.

Nesse sentido, com o Estatuto, o ordenamento jurídico brasileiro passou por uma mudança significativa em relação aos direitos civis das pessoas com deficiência, sobretudo no que diz respeito ao reconhecimento e à proteção de sua capacidade civil na tomada de decisões sobre sua própria vida.

Antes da vigência da lei em questão, o Código Civil estabelecia hipóteses de incapacidade absoluta para pessoas com deficiência mental ou intelectual, o que frequentemente resultava em sua submissão a regimes de curatela genérica, limitando de forma significativa sua autonomia e poder de decisão sobre si próprio. E o Estatuto rompe esse paradigma em seu artigo 6º, segundo o qual a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa 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.

Evidencia-se então que uma deficiência, por si só, não restringe a capacidade civil do indivíduo.

Então, a partir da lei 13.146/2015, foi necessária uma reforma do estudo da teoria das incapacidades, visto a exclusão dos incisos II e III do artigo 3 do Código Civil de 2002, tornando capazes os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiveram o discernimento necessário para a prática dos atos da vida ou os que de forma transitória não puderam também exprimir sua vontade.

Desse modo, o ponto chave da lei é o objetivo de valorizar a dignidade-liberdade, ao invés da dignidade-vulnerabilidade (Tartuce, 2026, p. 129), valorizando a capacidade de pessoas com transtorno mental.

Consoante com o disposto no artigo 84 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a pessoa com deficiência tem garantido o direito de exercer sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais e, quando necessário, será submetida à curatela, conforme a lei. Nesse contexto, a curatela, que tradicionalmente era aplicada de forma ampla, passa a ter caráter excepcional, proporcional e temporário, sendo destinada apenas aos atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial; não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto. A

curatela, portanto, torna-se medida de proteção específica e limitada, devendo, de acordo com o artigo 85 da Lei 13.146/2015, constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.

No que tange o consentimento, ele deve ser prévio, livre e esclarecido para a realização de tratamento, de procedimentos, de hospitalização e de pesquisa científica. E se a pessoa estiver em situação de curatela, deve ser assegurada sua participação, no maior grau possível, para a obtenção de consentimento, como afirmado no artigo 12 da lei.

Além disso, também foi introduzido no Direito brasileiro, pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, a figura da Tomada de Decisão Apoiada, um instrumento que visa conciliar a proteção e a autonomia da pessoa com deficiência. Com previsão no artigo 1783-A do Código Civil, inserido pela lei, essa medida permite que a pessoa com deficiência eleja 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.

A tomada de decisão apoiada, para ser válida, tem de constar, em seus termos, os limites do apoio a ser prestado, os compromissos assumidos pelos apoiadores, o prazo de vigência do acordo e a garantia do respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa apoiada. Além disso, o juiz, com auxílio de equipe multidisciplinar e após manifestação do Ministério Público, ouvirá pessoalmente tanto o requerente, quanto os apoiadores indicados. A partir disso, as decisões tomadas pela pessoa apoiada terão plena validade e produzirão efeitos perante terceiros. Caso o apoiador atue com negligência, exerça pressão indevida ou descumpra suas obrigações, a pessoa apoiada ou qualquer interessado poderá apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz. Se a denúncia for procedente, o juiz poderá destituir o apoiador e nomear outro. Ademais, a qualquer momento, a pessoa apoiada pode solicitar o encerramento do acordo, e o apoiador pode requerer ao juiz sua exclusão do processo, sendo o desligamento condicionado à decisão judicial. Por fim, aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couberem, as disposições relativas à prestação de contas previstas para a curatela.

Portanto, com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, verifica-se uma nítida transição do modelo tradicional de substituição da vontade — representado pela interdição e pela curatela ampla — para um modelo centrado no apoio à tomada de decisão, que valoriza a autonomia, a dignidade e a inclusão social da pessoa com deficiência.

O ordenamento jurídico brasileiro passa então a reconhecer essas pessoas como sujeitos plenos de direitos, capazes de conduzir as próprias vidas, contando com suporte quando necessário, sem que isso implique perda de sua capacidade civil. Essa transformação não apenas alinha a legislação nacional aos tratados internacionais de direitos humanos, como também representa uma mudança jurídica na forma de compreender o transtorno.

4 RELAÇÃO ENTRE PROTEÇÃO E AUTONOMIA DE PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

É relativamente comum, na prática, surgirem conflitos de normas, o que leva a análises pormenorizadas de cada uma e a conclusões que melhor convenham, tudo sempre com base no caso concreto.

Porém, entre o princípio da proteção às pessoas com transtornos mentais e o da autonomia da pessoa humana, o que indica estar em jogo não é um conflito de normas, mas sim, de visões e de desconsiderações históricas. Essas são “justificadas” em nome daquela proteção. O que se conseguiu em termos de avanço normativo nesse sentido é fruto de mudanças de visão, de deslocamentos de foco, como será visto.

4.1 Da autonomia

É importante, em primeiro lugar, mencionar a etimologia da palavra autonomia: de origem grega, *auto* significa "a si mesmo" e *nomos*, "lei". A junção dos termos remete, portanto, à ideia de "dar a si mesmo a própria lei", ou seja, autodeterminar-se, estabelecendo as regras que orientarão as próprias ações. Tanto em dicionários como na linguagem informal do dia a dia, autonomia é entendida como sinônimo de independência, liberdade, autorregulação, autogoverno.

Essa ideia auxilia a elucidar um conceito que perpassa diversos aspectos da vida humana, sendo possível afirmar que, independentemente do contexto em que se aplique - pessoa com transtorno mental ou não -, a autonomia é essencial para o desenvolvimento do sujeito. Nesse viés, é relevante a conceituação dessa palavra, que expressa tantos significados semelhantes e que rege um dos direitos individuais mais importantes do Direito. Mas, ao mesmo tempo, essa importância é muito mitigada, se se considerar que sua noção é intrínseca a quase todos os princípios e que nem sempre eles podem ser exercidos em sua plenitude. Aos poucos que têm ou que possam ter autonomia total ou parcialmente suprimida, ela se torna ainda mais valiosa e relevante em todos os seus aspectos, seja o legal ou o do dia a dia.

Assim, ao compreender o conceito básico de autonomia, somos levados a uma divisão que ela pode apresentar: autonomia da vontade e autonomia privada, atrelada a questões patrimoniais. Faz-se, então, necessário considerar que a luta empreendida no sentido de proporcionar maior autonomia às pessoas com deficiência psíquica vai além do âmbito patrimonial, visando, antes de qualquer coisa, alcançar aspectos ligados à sua vida.

A respeito da autonomia da vontade, tradicionalmente, é mencionado Immanuel Kant (1997, p. 85) como o precursor dessa expressão. O filósofo define assim:

Autonomia da vontade é aquela sua propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objectos do querer). O princípio da autonomia é portanto: não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal. Que esta regra prática seja um imperativo, quer dizer que a vontade de todo o ser racional esteja necessariamente ligada a ela como condição, é coisa que não pode demonstrar-se pela simples análise dos conceitos nela contidos, pois se trata de uma proposição sintética; teria que passar-se além do conhecimento dos objectos e entrar numa crítica do sujeito, isto é da razão prática pura; pois esta proposição sintética, que ordena apoditicamente, tem que poder reconhecer-se inteiramente a priori.

Dessa forma, a autonomia da vontade apresenta um viés mais psicológico e individualizado, atrelado de forma inerente ao ser humano, que posteriormente, vai ser distinta como princípio do Direito e fonte das relações jurídicas, permitindo que o indivíduo, por exemplo, pratique atos jurídicos da forma que lhe couber, respeitando claro, os limites legais.

Já a autonomia privada, como dito por Hans Kelsen (1995, p. 288), expressa-se do seguinte modo: a norma instituída por meio de contrato poderá gerar direitos e obrigações única e exclusivamente entre as partes que o celebraram, ressalvadas as hipóteses excepcionais previamente previstas em lei. Logo, ela está unida à ideia de liberdade de atuação jurídica do indivíduo, com base em uma autorização concedida pelo ordenamento jurídico estatal.

Desse modo, a autonomia da vontade vai conferir ao indivíduo a faculdade de decidir sobre a prática de determinado ato jurídico, permitindo-lhe manifestar-se conforme sua livre convicção. Por sua vez, a autonomia privada vai assegurar aos particulares a prerrogativa de disciplinar suas condutas e relações jurídicas com maior liberdade, desde que observados os limites estabelecidos pelo ordenamento jurídico.

Visto isso, fica claro que a autonomia garante a liberdade do ser humano de tomar suas próprias decisões, sendo revelada ainda como consequência da dignidade humana, intrínseca a cada pessoa. E, no que tange à pessoa com transtorno mental, vale ressaltar que ela não deixa de ter dignidade por apresentar uma condição adversa, permanecendo sujeito livre.

Mas, surgem questionamentos quanto à autodeterminação do doente psiquiátrico, principalmente porque cada paciente tem suas particularidades e peculiaridades, mesmo dentro de um mesmo diagnóstico. E com isso, cabe ao médico responsável, junto com o doente, avaliar as condições associadas à sua capacidade de autodeterminação, levando em consideração se o diagnóstico significa ou não a perda da possibilidade de tomar decisões.

4.2 Da relação autonomia *versus* proteção do doente psiquiátrico

Considerando que a autonomia individual constitui a regra, por se fundamentar em preceito constitucional, e que suas restrições - como a "proteção" - configuram exceções, impõe-se a necessidade de exame crítico dos fundamentos de validade dessas limitações. Tal análise é essencial para que se evitem a naturalização de injustiças e a ocorrência de violações à dignidade da pessoa humana, especialmente com pessoas com transtorno mental.

Nessa perspectiva, é importante relembrar que antes do Estatuto da Pessoa com Deficiência, logo, até 2015, o regime de incapacidades apresentava uma limitação legal para aqueles com deficiência mental, alegando-se proteção a esse indivíduo, que era considerado incapaz, suprimindo assim total ou parcialmente a autonomia dessas pessoas.

Atualmente então, como já visto, a deficiência, por si só, não restringe a capacidade civil do indivíduo, sendo essa limitada apenas em situações específicas, por meio do sistema de curatela, que passou a ter caráter excepcional, proporcional e temporário; não abrange o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

Dessa forma, ao se preverem hipóteses de incapacidade que implicam restrições à autonomia de determinados indivíduos, estabelece-se uma tensão entre os princípios da autonomia e da proteção da pessoa vulnerável. E a solução desse conflito exige uma análise minuciosa do caso concreto, a fim de se estabelecer limites proporcionais e adequados à restrição imposta, especialmente em situações como internação involuntária e curatela. Nessas, busca-se preservar direitos fundamentais sem comprometer, de forma desnecessária, a autodeterminação do indivíduo.

Para além da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no que tange à exaltação da autonomia das pessoas com transtorno mental no Direito brasileiro, outros dispositivos legais já mencionados, de forma direta ou indireta, visam tutelar o direito à autonomia. É o caso do inciso II, do artigo 5º, da Constituição Federal, que traz um caráter de proteção à autonomia da vontade, e a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 ou Lei da Reforma Psiquiátrica, que é um importante instrumento dessa proteção.

O conflito entre proteção e autonomia civil das pessoas com transtornos mentais representa, então, um dos desafios mais relevantes do Direito contemporâneo, tanto no plano

nacional, quanto internacional. De um lado, está a necessidade de garantir proteção a pessoas em situação de vulnerabilidade psíquica, especialmente em contextos de incapacidade temporária ou permanente para a tomada consciente de decisões. De outro, impõe-se o respeito à autonomia individual, à dignidade da pessoa humana e ao direito à autodeterminação, reconhecidos como princípios fundamentais no ordenamento jurídico brasileiro e nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Nas situações em que a pessoa apresenta discernimento parcial ou episódico, a adoção de instrumentos jurídicos flexíveis, como a tomada de decisão apoiada (art. 1.783-A do Código Civil), mostra-se mais adequada do que a curatela tradicional, denotando um potencial generoso para atender aos anseios por autonomia e proteção, simultaneamente.

Mas apesar do avanço normativo, persistem tensões práticas entre a autonomia e a proteção, especialmente nos casos de internação involuntária, de curatela e de consentimento para tratamentos médicos. A Lei nº 10.216/2001, que delimita uma gama de direitos a pessoas com transtorno mental, permite a internação psiquiátrica involuntária, desde que justificada por laudo médico e comunicada ao Ministério Público. Todavia, esse procedimento envolve risco de violação à liberdade individual, razão pela qual deve ser adotado, apenas, em casos extremos e com observância rigorosa das garantias legais.

Conforme explicado por Luís Roberto Barroso (2012, p.), a dignidade da pessoa humana compreende, como conteúdo mínimo, três dimensões fundamentais: valor intrínseco do ser humano, autonomia individual e valor comunitário com função restritiva. Nesse contexto, a autonomia representa a faculdade de autodeterminação, expressão do livre-arbítrio, por meio da qual o indivíduo busca, de acordo com as próprias convicções, a realização de uma vida digna e satisfatória, pautada em seu projeto existencial.

Com isso, o paciente psiquiátrico possui o direito constitucional ao devido processo legal nos casos de internação involuntária, a qual deve observar, rigorosamente, os parâmetros normativos previamente estabelecidos. Tal exigência decorre do fato de que se está diante de uma clara restrição ao direito fundamental à liberdade, não podendo a medida ser tratada unicamente como um "ato médico", mas sim como um procedimento jurídico com implicações constitucionais relevantes.

A Constituição Federal determina expressamente que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (art. 5º, LIV). Dessa forma, o devido

processo legal constitui uma garantia fundamental do cidadão, previsto constitucionalmente, assegurando tanto o direito de acesso ao Poder Judiciário quanto o regular desenvolvimento do processo conforme normas previamente estabelecidas. Nesse sentido, o princípio do devido processo legal garante que a solução dos conflitos seja conduzida por meio de instrumentos jurídicos legítimos, observando-se rigorosamente os procedimentos e as formalidades previstas em lei, de modo a resguardar os direitos e garantias das partes envolvidas.

Outro aspecto central no debate entre a autonomia e a proteção de pessoas com transtornos mentais é o consentimento informado, o qual representa uma prerrogativa legal e um princípio ético essencial para a realização de qualquer ato médico.

Ainda que diagnosticadas com transtornos mentais, tais pessoas têm o direito de consentir ou recusar intervenções terapêuticas, salvo em situações excepcionais em que haja risco iminente, real e comprovado à própria vida ou à integridade de terceiros. Nesses casos, a intervenção deve ser limitada ao estritamente necessário, sempre fundamentada em laudos técnicos especializados e submetida ao controle judicial adequado.

Então, a imposição automática de medidas restritivas, sem avaliação individualizada da capacidade de compreensão e de manifestação da vontade da pessoa, configura violação aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e da razoabilidade.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, proclamada em 2005 pela Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), estabelece, em seu artigo 5º, que a autonomia individual na tomada de decisões deve ser respeitada. Isso, desde que exercida com responsabilidade e em observância à autonomia alheia. No caso de pessoas que não possuam plena capacidade para exercê-la, devem ser adotadas medidas específicas para assegurar a proteção de seus direitos e interesses. Já em seu artigo 6º, o documento discorre sobre o consentimento como um dos princípios fundamentais, afirmando que, toda intervenção de natureza preventiva, diagnóstica, terapêutica ou de pesquisa científica somente poderá ser realizada mediante consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa envolvida, em consonância com o disposto no artigo 5º da mesma Declaração.

Ademais, é importante mencionar a vulnerabilidade que as pessoas com transtornos mentais estão expostas diante do conflito entre proteção e autonomia, buscando a autonomia plena, quando muitas vezes precisam de uma proteção. Nesse caso, os vulneráveis são as

peessoas com deficiência mental, absoluta ou relativamente incapaz de proteger adequadamente seus próprios interesses, seja por insuficiência de poder, de discernimento, de recursos, de força ou seja pelas demais condições necessárias à autodefesa.

Nesse sentido, a vulnerabilidade desse grupo não só deve ser considerada na aplicação e no desenvolvimento do conhecimento científico e das práticas médicas, mas também na formulação de leis e normas, visando o respeito à integridade e à dignidade de cada pessoa.

Diante desse contexto, o ordenamento jurídico brasileiro caminha para consolidar um modelo que privilegia a autonomia com suporte, a proteção proporcional e a inclusão social das pessoas com transtornos mentais. A adoção de medidas individualizadas, o fortalecimento dos instrumentos de apoio e a substituição da tutela pelo reconhecimento da capacidade jurídica são passos fundamentais para a efetivação dos direitos dessas pessoas. Em síntese, o desafio jurídico reside em equilibrar, com responsabilidade, o dever de proteção com o respeito à liberdade individual.

5 CASO DAMIÃO XIMENES LOPES *VERSUS* BRASIL

O caso exemplificativo de Damião Ximenes Lopes, a ser descrito, levou o Brasil à Corte Interamericana de Direitos Humanos, de cuja Convenção o país é signatário, tendo em vista a forma com que esse paciente, portador de transtornos mentais, foi tratado e a ausência de solução ou mesmo de investigação de suas condições em termos de devido processo legal.

Buscar soluções nessa Corte é sempre um recurso de que se valem aqueles que têm seus direitos não garantidos pela legislação nacional ou mesmo agredidos, numa espécie de última instância para os respectivos reconhecimento e solução.

5.1 A Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua representação: aspectos pontuais

Criada na década de 70, pela Convenção Americana sobre Direitos Humanos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos é o órgão do sistema interamericano responsável por julgar e condenar os Estados membros da Organização dos Estados Americanos que tenham ratificado a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, nos casos em que se constate a violação de algum dos direitos protegidos por essa convenção (Mazzuoli, 2020, p.1272). Conforme o artigo 1 e 2 do Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos (1979), ela é uma instituição judicial independente, cuja finalidade é aplicar e interpretar a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, tendo função consultiva.

O Brasil, na qualidade de Estado demandado no presente caso, ratificou a Convenção Americana sobre Direitos Humanos em 25 de setembro de 1992 - Decreto nº 678/1992 - e reconheceu a jurisdição da Corte Interamericana em 10 de dezembro de 1998.

Nesse contexto, conforme Mazzuoli (2020, p.1622), a proteção oferecida pela Convenção Americana de Direitos Humanos atua em conjunto com os Estados-partes, intervindo especialmente quando esses não asseguram de forma eficaz a proteção ou a preservação de determinado direito. Ela não define, de modo específico, nenhum direito social, econômico ou cultural; apresenta apenas uma previsão geral sobre esses direitos. “A proteção conferida pela Convenção não retira dos Estados membros a competência inicial de amparar e proteger os seus cidadãos e demais pessoas vinculadas a sua jurisdição, exercendo-se uma função coadjuvante ou complementar, isto é, nos casos de falta de apoio ou amparo adequado” (Moraes, 2020, p. 94).

A ação internacional traz maior visibilidade às violações de direitos humanos, expondo o Estado violador ao constrangimento político e moral. Isso possibilita avanços na proteção desses direitos, uma vez que ao serem expostas publicamente, as práticas governamentais passam a exigir justificativas por parte do Estado, o que incentiva mudanças internas.

E então, quando um Estado reconhece a legitimidade das intervenções internacionais em matéria de direitos humanos e responde às pressões globais ajustando suas práticas, restaura-se a relação entre Estado e cidadãos. O sistema internacional estabelece parâmetros de atuação para os Estados e legitima a apresentação de denúncias em casos de descumprimento das obrigações internacionais. Esse sistema exerce um monitoramento sobre a forma como os Estados garantem os direitos humanos previstos internacionalmente.

Assim, os instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, ao estabelecerem padrões mínimos a serem respeitados pelos Estados, causam um impacto duplo, já que esses podem ser acionados tanto nas esferas nacionais, quanto nas internacionais. No âmbito nacional, os instrumentos se integram ao Direito interno, fortalecendo e aprimorando a proteção dos direitos humanos. No âmbito internacional, possibilitam a invocação da tutela nessa esfera, com a consequente responsabilização do Estado quando ocorrerem violações a direitos humanos.

5.2 Damião Ximenes Lopes: da Internação à Corte Interamericana de Direitos Humanos

Em 1º de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes, pessoa com transtorno mental, à época com 30 anos, foi internado na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral (CE), um centro de atendimento psiquiátrico privado, mas ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS). De lá, ele saiu morto.

Damião já havia sido internado na mesma clínica em outras oportunidades em 1995 e 1998 e, em uma das ocasiões, chegou a apresentar cortes e feridas nos tornozelos e nos joelhos, aos quais atribuiu episódios de violência que teria sofrido. Mas, a versão do funcionário - acreditada pela família -, foi que os machucados foram decorrentes de uma tentativa de fuga.

No terceiro dia de sua internação, foi relatado pelos trabalhadores do centro de atendimento psiquiátrico - médico, enfermeiro e auxiliar - que o paciente havia tido uma crise de agressividade e precisou ser dominado à força pelo auxiliar de enfermagem Elias Gomes Coimbra e por dois pacientes da clínica. Disso, resultou uma lesão em seu rosto, após recusar-

se a sair de um banheiro; foi medicado em seguida. Na noite do mesmo dia, Damião teve um novo episódio de agressividade e precisou ser contido fisicamente mais uma vez.

No dia seguinte, pela manhã, por volta das 9h, Albertina Viana Lopes foi visitar seu filho e o encontrou “sangrando, com hematomas, com a roupa rasgada, sujo e cheirando a excremento, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizante e gritando e pedindo socorro à polícia” (CIDH, 2006, p. 31). Vendo o filho naquela situação, Dona Albertina solicitou ajuda ao médico Francisco Ivo de Vasconcelos, responsável pela Casa de Repouso, que sem realizar exames físicos, apenas receitou alguns remédios e deixou a Casa de Repouso, que ficou então sem nenhum médico responsável.

Damião Ximenes Lopes faleceu às 11h30, daquele mesmo dia de 1999, na Casa de Repouso Guararapes, apenas duas horas após ter sido medicado pelo médico e diretor clínico do estabelecimento, sem receber atendimento médico, uma vez que a unidade de saúde não contava com a presença de nenhum profissional médico. A ele, não foi prestada a assistência adequada; em razão da ausência de cuidados, estava vulnerável a todo tipo de agressões e de acidentes que poderiam comprometer sua integridade física e colocar sua vida em risco.

Ante a fatalidade, o médico Francisco de Vasconcelos retornou à casa de repouso, declarou sua morte, constatou que o cadáver não apresentava lesões externas e declarou que a causa da morte havia sido uma parada cardiorrespiratória.

No mesmo dia da morte, familiares solicitaram a realização de uma necropsia, tendo o corpo sido trasladado de Sobral para Fortaleza, a fim de se cumprir a solicitação. No Instituto Médico Legal (IML) da capital, onde o médico Francisco Ivo de Vasconcelos também trabalhava, foram identificadas lesões externas no corpo. Porém, nada foi mencionado quanto à causa da morte, que acabou sendo registrada como indeterminada.

Segundo constatou a Corte Interamericana, “as condições de confinamento na Casa de Repouso Guararapes eram desumanas e degradantes [...] o hospital não oferecia as condições necessárias e era incompatível com o exercício ético-profissional da medicina” (CIDH, 2006, p. 43). Ainda: “havia um contexto de violência, agressões e maus-tratos, em que diversos internos frequentemente apresentavam lesões nos membros superiores e inferiores, causadas pelos empregados do hospital”. Inclusive, duas mortes haviam sido registradas em circunstâncias semelhantes em anos anteriores (CIDH, 2006, p. 43). As condições degradantes da clínica e do tratamento dispensado aos internos já haviam culminado em mortes anteriores à

do senhor Damião: a da senhora Raimunda Ferreira de Sousa, em 1987, e a do senhor Gerardo Alves da Silva, em 1991, também em circunstâncias de violência.

Ainda em outubro daquele ano, foram apresentadas, por parte da mãe e irmã da vítima, denúncias na Coordenação Municipal de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde e Assistência Social e na Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, clamando por justiça para o familiar e punição para os envolvidos, visto o descaso da delegacia local de Sobral. A denúncia culminou na abertura de uma investigação policial e, em dezembro do mesmo ano, o delegado responsável indicou a possível responsabilidade da Casa de Repouso Guararapes e de indivíduos ligados aos maus-tratos, torturas e homicídio.

No ano seguinte, o Ministério Público apresentou à Justiça de Sobral acusação criminal contra quatro réus, denunciando-os pelo delito de maus-tratos seguidos de morte, tipificado no artigo 136, parágrafo segundo do Código Penal Brasileiro. Importante pontuar que, inicialmente, a denúncia não incluiu o médico Francisco Ivo de Vasconcelos e tampouco o auxiliar de enfermagem Elias Gomes Coimbra. Após 3 anos da morte de Damião Ximenes Lopes, o Ministério Público solicitou que Ivo de Vasconcelos e Gomes Coimbra fossem incluídos como réus - ambos negaram as acusações.

Paralelamente à ação penal, a mãe de Damião Ximenes Lopes também moveu ação de indenização por danos morais contra os responsáveis pela Casa de Repouso. A ação civil, suspensa à espera de resolução do processo penal, também não tinha sentença em primeira instância até a condenação do Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Direito Humanos, quase 7 anos após a morte.

Irene Ximenes Lopes, irmã da vítima, havia enviado uma petição à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, frente à violação dos direitos à vida, ao desrespeito à integridade pessoal, à proteção da honra e à dignidade de Damião.

O Brasil foi notificado formalmente, mas não respondeu, o que levou a Comissão a admitir a petição e, em 2003, oferecer a possibilidade de resolução amistosa, mas não obteve resposta do Estado brasileiro. Então, em outubro do mesmo ano, em seu 118º Período Ordinário de Sessões, foi produzido relatório de mérito sobre o caso, considerando que o Brasil

era responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos 5 (Direito à integridade pessoal), 4 (Direito à vida), 25 (Proteção judicial) e 8 (Garantias judiciais)

da Convenção Americana, em conexão com o artigo 1.1 do mesmo instrumento, no que se refere à hospitalização de senhor Damião Ximenes Lopes em condições desumanas e degradantes, às violações a sua integridade pessoal e ao seu assassinato, bem como às violações da obrigação de investigar, do direito a um recurso efetivo e das garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. A Comissão recomendou ao Estado a adoção de uma série de medidas para reparar as mencionadas violações. (CIDH, 2006, p. 3).

O órgão internacional recomendou que o Estado realizasse uma investigação de forma completa, imparcial e efetiva, determinando que se buscasse a responsabilidade de todos os responsáveis, por ação ou por omissão, e as consequentes sanções efetivas. Além disso, recomendou reparar adequadamente os familiares de Damião Ximenes Lopes. Logo após o relatório de mérito, a organização Justiça Global tornou-se copeticionária do caso.

Em setembro de 2004, o Brasil apresentou um relatório parcial sobre a implementação das recomendações da Comissão, o qual foi considerado insatisfatório pela Comissão que, por isso, levou o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Relevante de se verificar é o contexto histórico nacional em que a morte de Damião ocorreu, bem como quando se deu a condenação, por ter acontecido no período que se insere entre a luta antimanicomial e a implantação da Lei nº 10.216/01, a primeira lei a dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Mas essa proteção claramente não houve para o Senhor Damião Lopes, que foi vítima fatal da falta de disposições legais que protegessem essas pessoas tão vulneráveis e necessitadas de atenção especial.

Na época, era vigente o Código Civil de 1916, cujo artigo 5º, inciso II dispunha que os considerados loucos de todo gênero seriam absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil. Enquadrou-se Damião nessa categoria, e ele foi internado diversas vezes, sujeito a um ordenamento jurídico que não via as pessoas com transtorno mental como pessoa sujeito de direitos.

Impera ressaltar também que o Código Civil de 2002 trouxe apenas um pequeno avanço nesse quesito, ao considerar absolutamente incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil aquele que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiver o necessário discernimento para a prática desses atos e o que, mesmo por causa transitória, não puder expressar sua vontade. Esse Código já era vigente no momento da condenação do país, juntamente com a Lei da Reforma Psiquiátrica.

Mas, foi apenas em 2015, mais de dez anos de ocorrência do fato analisado, com a Lei 13.146/2015, que a norma jurídica determinou: a existência de uma deficiência, mental ou não, por si só, não restringe a capacidade civil do indivíduo. A perspectiva mudou e passou-se a garantir que a pessoa com deficiência tenha assegurado o exercício de sua capacidade legal da mesma forma que os demais, sendo de fato um cidadão com plenos direitos resguardados.

Nessa perspectiva, o caso Damião Ximenes Lopes X Brasil se torna, então, a primeira vez que o Tribunal Internacional se pronuncia sobre a violação dos direitos de uma pessoa com deficiência mental. Para além de assegurar justiça a Damião e de oferecer reparação adequada à sua família, o envio do caso à Corte Interamericana tinha importância especial por representar a oportunidade de o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos desenvolver sua jurisprudência sobre os direitos e a situação particular das pessoas com deficiência mental. A iniciativa também englobava os tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes a que essas pessoas são submetidas, as obrigações do Estado em relação aos estabelecimentos de saúde que atuam sob sua responsabilidade, das garantias judiciais aplicáveis aos pacientes internados nessas instituições e a necessidade de conduzir investigações eficazes em casos desse tipo.

Em suas manifestações, tanto a CIDH quanto os representantes concordaram que o Estado brasileiro falhou em sua obrigação de proteger e de preservar a vida de Damião Ximenes Lopes. Essa omissão se deu não apenas pela responsabilidade direta de seus agentes na morte, mas também pela falta de fiscalização adequada à Casa de Repouso e pela ausência de investigação séria e devida punição dos responsáveis. Foi ressaltado ainda que as condições do centro psiquiátrico eram consideradas incompatíveis com a dignidade humana, além de se apontarem irregularidades na contenção física a que Damião foi submetido.

Em audiência pública, realizada em novembro de 2005, o Estado brasileiro se manifestou, afirmando:

- a) reconhece a procedência da petição da Comissão Interamericana no que se refere à violação dos artigos 4 (Direito à vida) e 5 (Direito à integridade pessoal) da Convenção Americana;
- b) reconhece os fatos da demanda relacionados com a morte do senhor Damião Ximenes Lopes e a falta de prevenção para superar as condições que possibilitaram que ocorresse tal incidente, uma vez que naquele momento era precário o sistema de atendimento mental no Estado, o que constituiu uma violação do artigo 4 da Convenção;
- c) reconhece os fatos da demanda relacionados com os maus-tratos a que foi submetido o senhor Damião Ximenes Lopes antes de sua morte, o que levou à violação do artigo 5 da Convenção;

- d) solicita que seja cessada a controvérsia sobre os citados artigos e que se prossiga com as demais questões pertinentes;
- e) não reconhece a solicitação de reparações decorrentes da violação dos artigos 4 e 5 da Convenção, que permanece aberta a debate; e
- f) não reconhece a violação dos direitos consagrados nos artigos 8 (Garantias judiciais) e 25 (Proteção judicial) da Convenção. (CIDH, 2006, pg. 22).

Diante disso, a Corte afirmou que o reconhecimento da responsabilidade do Estado, pela violação dos artigos 4 e 5 da Convenção em relação a Damião Ximenes Lopes, contribuiu para o desenvolvimento do processo. Por fim, a sentença estabeleceu que

por haver faltado com seus deveres de respeito, prevenção e proteção, com relação à morte e os tratos cruéis, desumanos e degradantes sofridos pelo senhor Damião Ximenes Lopes, o Estado tem responsabilidade pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com o artigo 1.1 desse mesmo tratado, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes.

Na decisão, o Tribunal trouxe à luz que “os familiares das vítimas de violações dos direitos humanos podem ser, por sua vez, vítimas” (CIDH, 2006, p. 57), considerando o sofrimento adicional por que passam como consequência das circunstâncias das violações praticadas contra entes queridos e as posteriores ações ou omissões das autoridades estatais frente aos fatos. E no presente caso, os juízes determinaram que o Estado tem responsabilidade pela violação do direito à integridade pessoal, consagrado no artigo 5 da Convenção Americana, em relação ao artigo 1.1 do mesmo tratado, em prejuízo dos quatro familiares, mãe, pai e irmãos.

Além disso, foi apontado que a falta de efetividade do processo interno brasileiro ocorreu pelas omissões das autoridades locais e pelas falhas nas ações que chegaram a ser efetuadas, tendo como claro exemplo a falta de sentença de primeira instância depois de seis anos do acontecimento.

Nesse sentido, a Corte decidiu, por unanimidade, que o Estado violou, em detrimento do Damião Ximenes Lopes, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana. Além de ter violado, em relação aos familiares, o direito à integridade pessoal, disposto no artigo 5 da Convenção Americana, e os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial, consagrados nos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana, em relação à obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecidos no artigo 1.1.

Ademais, visto o caráter de reparação da sentença, também foi disposto, por unanimidade, que o Estado brasileiro, em prazo razoável, deveria assegurar a efetividade do

processo interno de investigação e a punição dos responsáveis pelos fatos do caso. O Estado deveria continuar promovendo programas de capacitação para profissionais da saúde mental, com foco nos princípios que regem o atendimento a pessoas com deficiência mental, conforme os padrões internacionais e os termos da sentença, além do pagamento de indenizações, no prazo de um ano, por danos materiais e imateriais aos familiares de Damião Ximenes Lopes. Também deveria providenciar o ressarcimento das custas processuais; a Corte iria supervisionar o cumprimento integral da sentença, considerando o caso encerrado apenas após a adoção plena das medidas determinadas. Por fim, o Estado deveria apresentar, no prazo de um ano, um relatório com as ações adotadas para cumprir a decisão.

A respeito do cumprimento da sentença, o Brasil elaborou a Resolução 487/2023, de 15 fevereiro de 2023, que “Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência”. Criou o curso “Direitos Humanos e Saúde Mental — Curso Permanente Damião Ximenes Lopes”, por meio do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, visando à capacitação dos profissionais da área.

Mas, impera ressaltar que no Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, a CIDH não aprofundou de maneira específica a proteção aos direitos humanos das pessoas com deficiência, especialmente no que se refere ao direito de não sofrerem discriminação. E apenas no julgamento do caso Luis Fernando Guevara Díaz vs. Costa Rica, em junho de 2022, que a Corte Interamericana consolidou, de forma mais clara, a proteção dos direitos das pessoas com deficiência, especialmente no tocante ao direito de não serem discriminadas. Foi um marco, considerado uma “virada paradigmática” em sua jurisprudência. Guevara Díaz, pessoa com deficiência mental, exercia funções equivalentes às de auxiliar de serviços gerais no Ministério da Fazenda da Costa Rica e apesar de ser bem avaliado e ter alcançado o primeiro lugar no concurso público, acabou sendo afastado do cargo, tendo sido preterido unicamente em razão de sua condição de pessoa com transtorno mental.

É evidente, portanto, que as decisões da Corte Interamericana têm um impacto concreto na promoção de mudanças estruturais nos países do continente, como visto com as leis advindas posteriormente ao caso analisado. Esse efeito decorre tanto do peso simbólico de uma condenação internacional — que gera pressão política e social por reformas —, quanto da imposição de medidas de não repetição, capazes de ampliar, de forma efetiva, a proteção aos direitos humanos nas Américas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber, na pesquisa, que o avanço dos direitos de pessoas com transtorno mental está diretamente relacionado à reafirmação dos direitos fundamentais, ao reconhecimento da pluralidade humana e à construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva. Desse modo, cabe ao Direito garantir que o sofrimento psíquico não seja tratado como motivo de exclusão, mas como um aspecto da condição humana que merece cuidado, escuta e respeito.

A conceituação dos transtornos mentais, ao destacar que tais condições se referem a alterações significativas nos processos cognitivos, emocionais ou comportamentais, as quais podem afetar a capacidade do indivíduo de lidar com as demandas da vida cotidiana, demonstra a importância de se abordarem os transtornos mentais sob uma perspectiva multidisciplinar, que envolva não apenas aspectos clínicos, mas também sociais, jurídicos e éticos.

Nesse contexto, a Lei nº 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica no Brasil, representou um ponto de inflexão ao promover a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma abordagem comunitária e humanizada. Essa lei enfatiza os direitos das pessoas em sofrimento psíquico, destacando o tratamento em liberdade e a integração social, em detrimento da lógica asilar e segregacionista que imperou por décadas.

A Reforma Psiquiátrica, contudo, não eliminou totalmente a possibilidade de internação, prevendo, entre outras formas, a internação involuntária. Tal medida, legalmente admitida mediante laudo médico circunstanciado e a pedido de terceiro, levanta tensões significativas entre o dever de proteção do Estado e o respeito à autonomia individual.

A verificação dos requisitos legais para a internação involuntária demonstrou que, embora o legislador tenha estabelecido salvaguardas formais — como a notificação ao Ministério Público e a exigência de avaliação médica —, na prática, persistem desafios relacionados ao controle da legalidade, à fiscalização das instituições e à garantia do devido processo legal para os pacientes internados.

Nessa perspectiva, foram considerados, também, os impactos do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) que reafirma a plena capacidade civil das pessoas com deficiência, incluindo aquelas com deficiência psicossocial. Essa norma representou um avanço ao reconhecer o direito de toda pessoa tomar suas próprias decisões, com apoio, quando

necessário, por meio de instrumentos como a tomada de decisão apoiada e a substituição aos modelos tradicionais de curatela ampla.

A harmonização entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Pessoa com Deficiência impõe, ao intérprete do Direito, o desafio de garantir a proteção de pessoas com transtornos mentais sem violar sua dignidade e autonomia. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de se reavaliarem práticas jurídicas e administrativas que ainda reproduzem modelos tutelares e excludentes.

A proteção aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais exige, então, um esforço contínuo para superar o estigma e garantir o acesso igualitário a serviços de saúde, à educação, ao trabalho e à participação social. A adoção de medidas individualizadas, o fortalecimento de redes de apoio e o controle rigoroso das internações involuntárias são elementos essenciais dessa agenda de inclusão.

A jurisprudência internacional, especialmente no âmbito do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, oferece importantes parâmetros interpretativos. O caso *Damião Ximenes Lopes vs. Brasil*, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, revelou graves falhas do Estado brasileiro na proteção a um paciente internado involuntariamente, tendo o caso culminado em sua morte por negligência e maus-tratos.

A condenação do Brasil nesse caso sinalizou a necessidade de mudanças estruturais nas instituições de saúde mental, bem como de fortalecimento dos mecanismos de prevenção e de responsabilização em casos de violação de direitos. O precedente também reforçou a importância da supervisão externa, da transparência nas internações e da efetiva participação da família e do paciente nos processos de cuidado.

O caso *Damião Ximenes* exemplifica como a negligência institucional e a ausência de fiscalização podem transformar medidas excepcionais, como a internação involuntária, em instrumentos de exclusão, de violência e de morte. Por isso, a internação deve ser sempre tratada como última *ratio*, precedida de alternativas terapêuticas menos restritivas e respeitosas à vontade do indivíduo.

Esta pesquisa tornou evidente que o desafio jurídico e bioético central consiste em conciliar o dever de proteger com o respeito à autonomia. O ordenamento jurídico brasileiro, especialmente após a incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com

Deficiência, aponta um modelo centrado na autonomia com suporte, na proteção proporcional e na promoção da inclusão social.

A efetivação desses princípios, contudo, depende da atuação coordenada do Poder Público, do Judiciário, da sociedade civil e dos profissionais da saúde e do Direito. É preciso investir em formação continuada, políticas públicas integradas e estruturas institucionais que priorizem o cuidado em liberdade e a participação ativa das pessoas com transtornos mentais na construção de seus projetos de vida.

Conclui-se, assim, que a proteção dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais não é apenas uma exigência legal, mas um imperativo ético e civilizatório. A superação de práticas autoritárias e a consolidação de um paradigma de cuidado humanizado e emancipatório são metas que exigem vigilância constante, sensibilidade social e compromisso com a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 763-774, 2017.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSQUIATRIA. **DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/> Acesso em: 10 maio 2025.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Nota de imprensa n. 84/21: CIDH celebra cumprimento integral da sentença no caso Damião Ximenes Lopes. 2021**. Disponível em: <https://www.oas.org/> Acesso em: 18 maio 2025.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatório Anual 2002: Caso Damião Ximenes Lopes. Caso 12.237**. Disponível em: <https://cidh.org/> Acesso em: 18 maio 2025.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**: Sentença de 4 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas). Série C, n. 149. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr> Acesso em: 18 maio 2025.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/20011. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, p. 1-121, 2011. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/> Acesso em 30 maio 2025.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 1997.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. Tradução de João Baptista Machado. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MACHADO, Antonio Carlos da Costa (Coord.); ALVARENGA, Maria Amália de Figueiredo Pereira; RIBEIRO, Luciana Esteves Zumstein. **Estatuto da Pessoa Com Deficiência comentado Artigo por Artigo**. Barueri: Novo Século, 2019.

MARQUES, Cláudia Lima; MIRAGEM, Bruno. **O novo direito privado e a proteção de vulneráveis**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de Direito Internacional**. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

NUNES, Mônica de Oliveira; LIMA JÚNIOR, João Mendes de; PORTUGAL, Clarice Moreira; TORRENTÉ, Maurice de. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise

sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/> Acesso em: 20 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova York, 2006. (Promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009 no Brasil.) Disponível em: <https://www.planalto.gov.br> Acesso em 2 de jun 2025

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/> Acesso em 2 de jun 2025

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/> Acesso em: 5 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Adotada pela Resolução 3447 da Assembleia Geral da ONU, de 9 de dezembro de 1975. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/> Acesso em 2 de jun 2025

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental**. Resolução 46/119, adotada pela Assembleia Geral em 17 dez. 1991. Disponível em: <https://www.ohchr.org/> Acesso em: 10 maio. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolução 46/119**, de 17 de dezembro de 1991. Princípios para a proteção das pessoas com transtornos mentais e para a melhoria da atenção à saúde mental. Nova York, 1991.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Resolução AG/RES. 448 (IX-O/79), adotada pela Assembleia Geral em 1979. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID-11)**. Disponível em: <https://www.who.int/> Acesso em: 10 maio. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2023**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/> Acesso em: 6 jun. 2025.

TARTUCE, Flávio. **Alterações do Código Civil pela Lei 13.146/2015** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Repercussões para o Direito de Família e Confrontações com o Novo CPC. Parte II. Migalhas, 26 ago. 2015. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/>. Acesso em: 04 jun. 2025.