



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB

Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

GIULIA BRASIL DIAS

**UMA ANÁLISE DO PAPEL DO DIREITO NA LUTA ANTIMANICOMIAL NO
BRASIL**

**BRASÍLIA
2025**

GIULIA BRASIL DIAS

**UMA ANÁLISE DO PAPEL DO DIREITO NA LUTA ANTIMANICOMIAL NO
BRASIL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito/Bacharel em Relações Internacionais pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador(a): Débora Soares Guimarães

**BRASÍLIA
2025**

GIULIA BRASIL DIAS

**UMA ANÁLISE DO PAPEL DO DIREITO NA LUTA ANTIMANICOMIAL NO
BRASIL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito/Bacharel em Relações Internacionais pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador(a): Professor(a) Nome completo

BRASÍLIA, DIA MÊS ANO

BANCA AVALIADORA

Professor(a) Orientador(a)

Professor(a) Avaliador(a)

UMA ANÁLISE DO PAPEL DO DIREITO NA LUTA ANTIMANICOMIAL DO BRASIL

Giulia Brasil Dias

RESUMO

O presente artigo trata da maneira que se deu a Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da luta antimanicomial, e como o direito lidou e lida com essas questões. Além disso, aborda casos de graves violações de direitos humanos, que não são tão conhecidos como deveriam, e a conceitos relacionados ao tema, como o da internação psiquiátrica e como ela se dá atualmente. Bem como, as mudanças que levaram a um movimento de contrarreforma dessa temática, finalizando com a análise da doutrina e jurisprudência. Tendo isso em vista, a questão principal deste trabalho é refletir sobre a atuação do Direito ao longo de décadas de desrespeito a direitos básicos de diversos indivíduos, que sofreram nas mãos do sistema asilar anteriormente vigente. Ademais, busca propagar informações sobre este assunto e quanto ao enfrentamento do tema da internação nos dias de hoje.

Palavras-chave: internação; reforma psiquiátrica; lei 10.216; saúde; direitos humanos.

Sumário: Introdução. 1 A Internação Psiquiátrica. 1.1 Conceito e aplicabilidade. 1.2 Evolução histórica no mundo e no Brasil. 1.3 A violação de direitos fundamentais no âmbito de internações psiquiátricas. 2 A Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216. 2.1 Movimento de reforma psiquiátrica. 2.2 Regulamentação das clínicas psiquiátricas. 3 A Contrarreforma psiquiátrica: análise crítica. 3.1 Análise doutrinária e jurisprudencial. Considerações finais. Referências bibliográficas.

INTRODUÇÃO

De início, é possível dizer que a internação psiquiátrica é um tema que carrega bastante significado e história. Com o advento da Lei nº 10.216 em 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, o Brasil consolidou um grande avanço no que se refere a esse assunto, pelo fato da legislação buscar proteger as pessoas portadoras de transtornos mentais e mudar o rumo do modelo assistencial em saúde mental.

Dessa forma, com base em dispositivos legais, jurisprudência, bibliografia e doutrina usados na elaboração do presente artigo, pode-se afirmar que o que se tem hoje é fruto da luta antimanicomial, que apontou a necessidade dessas pessoas receberem um tratamento humanizado em liberdade. Porém, é questionável a maneira como a Lei nº 10.216 vem sendo

usada e como o Direito tenta lidar esses indivíduos, assim, a aplicabilidade da norma fica em grande parte nas mãos dos juristas, recaindo sobre eles as hipóteses de resolução de questões de internação e violações de direitos humanos nesse tipo de tratamento no âmbito da saúde mental.

Todavia, será possível notar ao longo do presente artigo que essa internação já foi usada de diferentes maneiras para afastar muitos indivíduos do convívio em sociedade, com base em preconceito e desinformação. Nesse sentido, direitos humanos foram violados por décadas, como é o caso do ocorrido no Hospital Colônia de Barbacena, conhecido como “Holocausto Brasileiro”, que será abordado mais a frente.

Além disso, por um período, o sistema manicomial fundado na internação em massa de indivíduos enfermos ou não, alguns apenas indesejados pela elite da época, foi rentável para o Estado. Isso se deve à privatização da saúde em meados de 1930, levando a manutenção do modelo asilar.

Com o passar do tempo, no contexto político e social do fim da ditadura, denúncias sobre as condições de trabalho dos funcionários dos hospitais psiquiátricos e de internação dos pacientes foram surgindo, direcionando a formação de movimentos sociais que lutaram contra esse sistema. Desse modo, é o que aborda o tópico 2.1 do presente trabalho.

Assim, a consequência dessa busca por proteção, direitos e uma melhoria em geral, se deu na criação de leis estaduais e um projeto de lei federal, que no fim nasceu como a Lei nº 10.216 de 2001. Contudo, a luta antimanicomial ainda não acabou, atualmente nota-se o movimento de contrarreforma psiquiátrica, que será exposto no tópico 3. Visto isso, pode-se afirmar que mudanças políticas recentes na saúde mental nacional, remetem-se às práticas do passado, caminhando na contramão dos avanços.

Por fim, o último ponto deste artigo apresentará a maneira como a justiça brasileira se desdobra frente às questões relacionadas à internação psiquiátrica, analisando casos locais, no âmbito do Distrito Federal, e outras duas demandas que foram levadas ao Supremo Tribunal Federal, bem como, o posicionamento doutrinário sobre o assunto .

1 A INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

A princípio, pode-se afirmar que a internação psiquiátrica é uma modalidade de tratamento em que é possível tratar o paciente mais de perto, de maneira melhor supervisionada. Desse modo, por mais que sejam vedadas as práticas asilares, esse tipo de

tratamento, de certa forma, limita a autonomia do paciente, por isso é utilizado em casos graves, como último recurso, quando o paciente pode causar riscos a si mesmo e a outras pessoas. (Cardoso; Galera, 2011, p. 88; Spanemberg *et al.*, 2021, p. 1).

1.1 Conceito e aplicabilidade

O conceito de internação psiquiátrica se refere ao método de cuidar das pessoas com transtornos psíquicos que não são resolvidos com recursos extra-hospitalares, ou seja, é a última opção utilizada para tratar esses indivíduos. Assim demonstra o art.9º da Lei estadual 11.802 de 1995 e o art.2º Portaria GM no 2.391, de 26 de dezembro de 2002:

Art. 9º - A internação psiquiátrica será utilizada após a exclusão das demais possibilidades terapêuticas, e sua duração máxima corresponderá ao período necessário para que possa ser iniciado, em ambiente extra-hospitalar, o processo de reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental (Minas Gerais, 1995, art. 9º).

Art. 2º- Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível (Brasil, 2002, art. 2º).

Ademais, a indicação da internação não se dá somente por conta das patologias mentais, para além disso, os pacientes que também têm outras questões de saúde que precisam ser controladas com mais atenção, podem ter esses pontos levados em consideração e serem recomendados à internação. Dessa forma, alguns cenários que sugerem a internação são: “risco de suicídio, risco de auto ou heteroagressão, incapacidade de autogestão, exposição moral ou financeira, refratariedade ao tratamento, patologia de difícil controle e exaustão familiar”(Spanemberg; et al, 2021, p. 3). Além disso, é importante dizer que existem três tipos de internação, a voluntária, involuntária e compulsória, e a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, aborda cada uma delas explicando seus conceitos no parágrafo único do art.6º:

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. (Brasil, 2001, art.6º)

Para exemplificar, a autora Elaine Chaves, (2024, p. 27-28) aborda a internação psiquiátrica voltada para o paciente em risco de suicídio, afirmando sua recomendação em meio a fortes crises ou tentativas de autodestruição. Mencionando também as hipóteses que podem gerar cada tipo de internação disposta na Lei 10.216, com uma atenção especial a internação voluntária, que é mais comum do que parece. Desse modo, geralmente os pacientes com pensamentos suicidas que sentem um desejo de desaparecer, para não ter que lidar com a realidade e com esse sentimento, se internam voluntariamente. Todavia, Elaine afirma que nesses casos a internação não é ideal, porque é necessário combater essa angústia, evitando o isolamento, para que ocorra o processo de cura.

Nesse sentido, a internação psiquiátrica é aplicada de modo diferente a depender da instituição, porém, geralmente os pacientes chegam por encaminhamento médico, a pedido da família ou do próprio enfermo, que configura um exemplo de internação voluntária. Assim, com a chegada do indivíduo, ocorre um procedimento administrativo de coleta de informações e é feita sua anamnese, com o intuito de obter os dados médicos do paciente, bem como, se for o caso de uma internação involuntária é necessária a notificação do Ministério Público do estado em até 72 horas, por meio do Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, que deverá conter as informações do paciente, os motivos da internação e da alta hospitalar. Também em casos de internação voluntária em que o paciente se recusa a permanecer internado, a internação pode ser convertida em involuntária e o Ministério Público deverá ser notificado da mesma forma. Ainda, é relevante abordar a internação compulsória, determinada judicialmente, que a depender de sua natureza, civil ou criminal, o paciente será encaminhado para o serviço psiquiátrico geral ou hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, respectivamente. (Spanemberg; et al, 2021, p. 1 e 16).

Além disso, com a análise do paciente para além dos transtornos mentais, se ele possui outras doenças e quais são seus hábitos, no que tange a alimentação e uso de remédios, por

exemplo, se houver a necessidade de um tratamento geral o indivíduo será encaminhado para a internação em unidade psiquiátrica em hospital geral (UPHG). Já as pessoas com casos mais simples e mais específicos no âmbito da saúde mental, podem optar pela internação em hospitais psiquiátricos ou clínicas especializadas privadas (Spanemberg; et al, 2021, p. 3).

Durante a internação, todas as informações sobre como se dará o tratamento devem ser passadas ao paciente e a sua família, dessa forma a equipe de funcionários irá auxiliar o enfermo para que ele consiga se expressar e lidar com esse processo da melhor maneira possível. Também, é relevante dizer que o ambiente e a rotina do local de internação influenciam bastante na melhora dos indivíduos, assim, deve existir uma preocupação com essas questões, observando também o desenvolvimento do paciente pela sua própria perspectiva e sob a ótica do médico, para que seja definido o momento da alta hospitalar (Spanemberg; et al, 2021, p. 14).

Outra questão importante a ser observada, é o fato das famílias atribuírem ao Estado o dever de lidar com os familiares com transtornos mentais e se utilizarem da internação involuntária para alcançar esse fim, na tentativa de convencer o médico a dar um encaminhamento nesse sentido. Tendo isso em vista e levando em consideração questões sociais, para uma parte da população que não tem condições de lidar com um indivíduo com problemas psíquicos em casa, a internação é vista como uma saída para os cuidadores dessa pessoa, mas também pode ser prejudicial para o enfermo, a depender do caso. Assim, indo contra o intuito da utilização da internação psiquiátrica como último recurso de tratamento. (Tsu, 1993, p. 21)

1.2 Evolução histórica no mundo e no Brasil

Inicialmente, cabe explicar como se estabeleceu a ideia da criação de hospitais psiquiátricos para a internação de pessoas em sofrimento mental. Nesse sentido, na Idade Média, com início no século I d.C. na Europa (Pacheco, 2013, p. 62), a loucura era considerada como algo mitológico, como uma possessão demoníaca e sob essa perspectiva as pessoas que sofriam com problemas mentais eram torturadas, aprisionadas e desde então separadas da sociedade (Maria Helena Itaquí Lopes, 2001).

Já a partir do século XVII, na Europa, existiam hospitais para essas pessoas, que ficavam nesses locais junto com os outros grupos excluídos da sociedade, como criminosos, mendigos e outros indivíduos marginalizados, com os quais a sociedade não gostaria ter junto

ao seu convívio. Foi o que Michel Foucault chamou de “A Grande Internação”, o que aconteceu foi um isolamento de seres humanos que eram considerados errados, improdutivos e que não condiziam com a imagem que a elite da sociedade queria passar, ou seja, percebe-se que essa internação não diz respeito a questões médicas mas sim sociais, até porque dentro desses hospitais o povo não recebia tratamento médico e os funcionários também não eram médicos. Além disso, o poder judiciário podia determinar a internação ou a pedido da família ou por autoridade pública, através da *lettre de cachet* (carta régia) que determinava à pessoa que seria internada uma ordem de isolamento, sem que pudesse ser ouvida ou se defender (Trindade, s.d) (Teixeira, 2019, p. 542).

Depois, no século seguinte os doentes mentais passaram a ficar em um local destinado somente a eles, o manicômio, e a partir disso se desenvolveram diversas maneiras de tratamentos psiquiátricos e um grande nome que representa essa temática é Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, difundiu novas técnicas sobre como lidar com a loucura, como o Alienismo, a partir daí se deu um tratamento médico de fato. Todavia, com o passar do tempo o método de tratamento proposto por Pinel foi distorcido, colocando o doente mental em posição de submissão para manter a ordem nessas instituições, fazendo com que novamente recebessem um tratamento tanto quanto torturante. Após esse período as teorias organicistas sobre a doença mental entraram em cena, enxergando o enfermo como uma coisa, um objeto de estudo (Teixeira, 2019, p. 543-544).

No cenário brasileiro, no século XIX, as Santas Casas de Misericórdia, que tinham a função de ajudar os necessitados em geral, ofereciam amparo aos loucos, contudo, pode-se afirmar que a maioria vivia vagando pelas ruas. Nesse contexto, o Brasil passava por um momento de modernização com a criação das primeiras faculdades de medicina, bem como, da valorização da psiquiatria. Devido a esse avanço ligado a ciência, os médicos passaram a questionar o tratamento dado às pessoas com transtornos mentais e denunciar os maus-tratos sofridos por elas, reivindicando um hospital destinado especificamente ao cuidado de questões mentais, com o intuito de estudar esses indivíduos. A partir disso, em 1852 foi criado o primeiro hospital psiquiátrico do país, o Hospício Pedro II, sob a gestão da Santa Casa de Misericórdia, que oferecia um tratamento destoante das recomendações médicas, se utilizando de camisas de força e incentivo ao trabalho manual dos internos. Nesse sentido, com o passar dos anos o hospício sofreu com a superlotação e a má administração, bem como da internação de pessoas que não sofriam com doenças mentais, mas com outros tipos de enfermidade, assim desviando a finalidade a que o local tinha sido destinado (Pacheco, 2009, p. 96-100)

Portanto, em 1882 a Lei 3.141 estabeleceu a criação da cadeira de moléstias mentais nas faculdades de medicina, onde Teixeira Brandão se destacou e depois se tornou diretor do Hospício Pedro II, ali ele denunciou e reclamou da superlotação e do tratamento inadequado que os pacientes estavam recebendo. Nesse período o hospital desassociou-se da Santa Casa da Misericórdia, mudou de nome e passou a se chamar de Hospício Nacional de Alienados e a responsabilidade sob os doentes mentais foi atribuída ao Estado Brasileiro (Alves, 2010, p. 42-43).

Por intermédio da direção de Teixeira Brandão, depois sucedido por Juliano Moreira, aconteceram diversas melhorias nesse cenário, priorizando de fato o tratamento dos alienados para que se curassem e pudessem retornar à sociedade, afastando a ideia de aprisionar essas pessoas sob péssimas condições e também avançando na medicina psiquiátrica. Ocorreram, inclusive, determinações por meio de decreto para que a alienação desses indivíduos fosse provada, para que não fossem internadas pessoas sem problemas mentais e que os alienados não ficassem junto aos criminosos (Alves, 2010, p. 44-47).

Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. 35

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação. (Brasil, 1903, art. 1º)

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.

Art. 10. E prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos. (Brasil, 1903, art. 10)

É importante mencionar que o país passava por um contexto de divulgação de teorias antropológicas que acusavam os negros, mestiços e indígenas como a causa de um retrocesso no Brasil. Exemplo disso é a teoria do antropólogo Nina Rodrigues, muito conhecido nesse período, que afirmava que as pessoas negras tinham uma predisposição natural à

criminalidade, tudo isso em um momento de miscigenação acentuada. Assim, essas questões sociais influenciaram no que deveria ficar fora do cenário urbano e no que deveria ser escondido, e consequentemente, internado em hospitais psiquiátricos. (Pacheco, 2009, p. 101 e 102)

Enquanto isso, outros hospitais psiquiátricos foram se estabelecendo em outros estados do país, e chegou ao Brasil após a Proclamação da República, uma ideia francesa, impulsionada aqui ainda com Juliano Moreira na direção, de construir colônias agrícolas anexas aos hospitais psiquiátricos para que os alienados trabalhassem e que de maneira terapêutica isso os ajudasse, mas também para mitigar o problema da superlotação dos hospícios e fazer com que o trabalho agrícola trouxesse retorno financeiro para que a colônia se sustentasse. Ademais, com as colônias, as pessoas que não eram desejadas de serem vistas no cenário urbano poderiam ficar isoladas. Entretanto, com a expansão do local de internação, mais gente foi chegando e a quantidade de internos aumentando. Com isso, não haviam recursos suficientes, como água, alimento, possibilidade de higiene e espaço, para todas essas pessoas. (Andrade, 2018).

Já no século seguinte, a ideia de higiene mental chegou ao Brasil por meio de Gustavo Riedel e outros médicos, que em 1923 fundaram a Liga Brasileira de Higiene Mental no Rio de Janeiro. Basicamente se tratava de uma forma de cuidar da doença mental de maneira preventiva, evitando fatores que pudessem prejudicar a mente ao longo do desenvolvimento humano, ou até mesmo, tratando desde logo dos primeiros sinais de transtorno psíquico que aparecessem. (Pacheco, 2009, p. 107).

Contudo, além da prevenção, a higiene mental levava em consideração a eugenia, que significa “bem-nascido”, ou seja, presumia-se que algumas pessoas eram melhores do que outras, reforçando os preconceitos que já existiam e que já foram mencionados aqui. Nesse sentido, como os indivíduos internados nos hospitais psiquiátricos eram considerados inferiores, eles foram usados de cobaias para testes de métodos absurdos de tratamento, como o eletrochoque e a lobotomia, que retirava parte do cérebro. (Pacheco, 2009, p. 108).

Dessa forma, esses e outros tratamentos foram sendo descobertos e testados nessa população até meados de 1980, e a Liga Brasileira de Higiene Mental foi difundindo suas ideias em todas as áreas da sociedade, nas escolas, nas artes, no cinema, a fim de impedir o retrocesso da sociedade causado pelo fato de existirem pessoas piores do que outras, com base na eugenia. (Pacheco, 2009, p. 109-111).

Na década de 1930, começou uma fase de privatização de várias áreas da economia, inclusive da saúde, com isso e com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, várias instituições privadas se conveniaram ao governo, com o intuito de obter lucro. Assim, essas clínicas e hospitais operavam com práticas asilares e manicomiais, sem nenhuma fiscalização sobre o tratamento fornecido aos pacientes, pois esse era o modelo em que era possível ganhar mais dinheiro, nesse sentido, a autora Juliana Garcia (2009, p. 118) chama o que ocorreu nesse período de “indústria da loucura”. Todavia, como o governo estava gastando grande parte de sua verba em saúde mental, o que gerou uma crise na previdência social, em meados de 1980, isso deu início a reflexão sobre a reorganização do modelo assistencial de saúde mental no país, que depois culminou na Reforma Psiquiátrica, abordada aqui nos tópicos posteriores.

1.3 A violação de direitos fundamentais no âmbito de internações psiquiátricas

O horror ocorrido durante cinco décadas no Hospital Colônia de Barbacena é o caso mais conhecido sobre as consequências do sistema manicomial no Brasil, estima-se que 60 mil pessoas perderam a vida ali. A partir disso, a jornalista Daniela Arbex escreveu o livro “Holocausto Brasileiro”, publicado em 2013, com entrevistas, informações e imagens sobre o tratamento fornecido no hospital no século anterior. (Arbex, 2013, p. 13)

Nesse sentido, pode-se afirmar que essa instituição funcionava como um hospital psiquiátrico no município de Barbacena, localizado na Serra da Mantiqueira, em Minas Gerais. Contudo, o que era para ser um ambiente de cura de pessoas com transtornos mentais se tornou um depósito de gente, comparado aos campos de concentração da Segunda Guerra Mundial. (Arbex, 2013, p. 24-27)

Conforme o livro já mencionado, aproximadamente 70% da população internada não tinha diagnóstico algum de transtorno psíquico (Arbex, 2013, p. 14), ou seja, eram levados para lá os adultos e crianças considerados inferiores, excluídos da sociedade, como negros, prostitutas, pobres, mendigos, pessoas com algum tipo de deficiência física e intelectual e outros. Geralmente chegavam pelo transporte ferroviário, os chamados “trens de doido”, eram despejados no Colônia, recebiam um pijama azul de tecido fino, que às vezes tinham que tirar e ficar nus quando a roupa estava sendo lavada, sendo obrigados a suportar o frio intenso que fazia em Barbacena por conta de sua localização, e os homens tinham que raspar a cabeça. (Arbex, 2013, p. 27-29)

Em 1930 o hospital atingiu a superlotação e se tornou de fato um local de morte em massa, pois os pacientes viviam em condições subumanas, comendo ratos, bebendo água de esgoto ou até mesmo a própria urina, sem higiene alguma, viviam nus, passavam frio e dormiam no chão ou no capim pois não tinham camas suficientes, muitos também trabalhavam para o hospital sem nenhuma remuneração, caracterizando um trabalho escravo. (Arbex, 2013, p. 29-33)

Além disso, eram usadas injeções de remédios, eletrochoques e outros métodos para acalmar os pacientes, com o intuito de discipliná-los, mesmo que não tivessem feito nada. Os funcionários relatam que ao serem admitidos no hospital eles faziam uma espécie de curso de eletrochoque de maneira prática, testando em pacientes, nesses testes muitos acabavam morrendo e isso era tido como normal por alguns que já trabalhavam lá há mais tempo. Assim, além da insalubridade, os pacientes conviviam em meio a cadáveres e tinham que carregá-los ao Cemitério da Paz, construído junto com o Colônia no começo do século XX, se não os corpos mortos ficavam em meio ao vivos. (Arbex, 2013, p. 35-43 e 64-66)

Com o passar do tempo, a morte dos pacientes se tornou lucrativa com a venda de cadáveres para as faculdades de medicina, em especial a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Quando não dava para aproveitar o corpo inteiro, vendiam-se os ossos e alguns órgãos, ou seja, as várias mortes que aconteciam diariamente no hospital geravam dinheiro, e isso foi mencionado no livro de Daniela Arbex por um médico que à época era estudante da UFMG como “comércio da morte” (2013, p. 78).

Em 1976 com o fechamento do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil, situado no município de Oliveira, que era um hospital psiquiátrico que recebia crianças com deficiência física e mental, muitas abandonadas lá por suas famílias, trinta e três crianças foram enviadas ao Hospital Colônia de Barbacena, os chamados “Meninos de Oliveira” (Arbex, 2013, p. 85), onde tiveram que conviver sob as condições desumanas mencionadas acima, em meio aos adultos. Os relatos dessas crianças que hoje são adultas, demonstram abandono, tortura e um cenário absurdo de horror, exemplo disso é o relato exposto no documentário “Holocausto Brasileiro”, de Antônio da Silva, que foi internado por seu pai adotivo aos 12 anos:

A gente tomava injeção de impregnar, o corpo da gente ficava torto. A gente fazia força para descer o braço, assim, não conseguia, doía muito. Dava choque lá. A gente ficava no pátio, ficava pelado. Ficava

na cela pelado também. Jogavam água na cela, eu ficava dentro d'água na cela. Ficava apanhando lá. (Holocausto Brasileiro, 2016)

Por fim, com o movimento antimanicomial que direcionou a Reforma Psiquiátrica, o hospital foi transformado e recebeu o nome de Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, e uma área do local foi destinada à inauguração do Museu da Loucura, em 1996. Diante disso, é visível que ocorreu nesse lugar caracterizou uma clara violação à dignidade humana, que impediu o acesso ao direito à vida, liberdade, igualdade e segurança (Quiroga, 2021).

Outro episódio bastante conhecido ocorreu em um centro de atendimento psiquiátrico privado, na Casa de Repouso Guararapes, localizada na cidade de Sobral, no Ceará, em outubro de 1999. Damião Ximenes Lopes foi internado por sua mãe para receber tratamento psiquiátrico e veio a óbito 3 dias após a internação. Este foi o primeiro caso do Brasil a ser julgado internacionalmente, pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. (Branco, 2023)

Após ingressar na casa de repouso, Ximenes Lopes começou a demonstrar agressividade, tendo crises. No terceiro dia de internação, sua mãe foi visitá-lo e o encontrou com ferimentos, sangue, sujeira e com as mãos amarradas para trás, quase sem respirar, foi neste dia que ele faleceu, depois de quase duas horas do diretor clínico do hospital ter dado a ele uma medicação. Com isso, seus familiares foram à justiça buscar a responsabilização pelos maus tratos e morte causados à Damião Ximenes Lopes (Branco, 2023).

Assim, a Corte Interamericana de Direitos Humanos condenou o Brasil pela morte de Damião e determinou que o país investigasse os responsáveis pelo ocorrido dentro da Casa de Repouso. Além disso, estabeleceu que o país capacite seus profissionais de saúde na área da psiquiatria para evitar ao máximo os maus-tratos nos locais que atendem pessoas com doenças mentais. E esse foi o primeiro caso de condenação internacional do Brasil, por violações de direitos humanos (Carneiro, 2010, p. 5-11) (Branco, 2023).

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI Nº 10.216

No livro “Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível” a autora Juliana Garcia aborda a reforma psiquiátrica como uma transformação cultural, influenciada pela reforma italiana, onde existiu um novo olhar para a loucura, com a perspectiva de que seria possível lidar com o sofrimento mental em sociedade, sem o aprisionamento dos manicômios. Contudo, não se pode afirmar que as mudanças consequentes da reforma se deram de maneira

homogênea em todo o país, porque cada estado teve seu ritmo na implementação dessas novas ideias, em virtude de fatores políticos, sociais e outros. (Pacheco, 2009, p. 142-144)

Ademais, havia uma discordância a respeito do modelos assistenciais, entre o modelo manicomial e o antimanicomial, que visava com que as pessoas com transtornos mentais fossem tratadas livres e de maneira digna, como cidadãos. Assim, em 1978 o Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental foi o estopim para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, desencadeando novas propostas e denúncias às violações de direitos humanos decorrentes do modelo assistencial vigente na época, e a partir disso projetos de lei surgiram e deram luz a Lei da Reforma Psiquiátrica, lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, foi proposta pelo deputado Paulo Delgado e sancionada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso (Pereira, 2004), (Pacheco, 2009, p. 145).

2.1 Movimento de Reforma Psiquiátrica

Em virtude da privatização da saúde, a quantidade de pacientes internos em hospitais psiquiátricos aumentou significativamente, porque isso resultava em um aumento no capital. Entretanto, diante do contexto do fim da ditadura militar no Brasil e das mudanças políticas que estavam ocorrendo na época, as violações de direitos humanos que ocorriam dentro desses hospitais deixaram de ser ocultas, sobretudo por conta de pessoas famosas, como jornalistas e artistas que contrariavam o regime militar, que foram presos políticos nos hospitais psiquiátricos por serem considerados locais de tortura e de reclusão da sociedade. Nesse sentido, a autora Juliana Garcia Pacheco (2009, p. 149) afirma que “o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser compreendido dentro desse contexto de abertura democrática do país, no qual se iniciou a organização de vários movimentos sociais e revitalização das forças sindicais e conselhos profissionais.”. Assim, em face do que foi dito ocorreu a primeira greve dos trabalhadores da área da saúde mental, em busca de melhorias nas condições de trabalho e no tratamento fornecido aos pacientes.

Em 1978, com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que nasceu com cunho político, buscando alcançar transformações para melhorar o modelo de trabalho desses funcionários e o sistema asilar que permitia que os pacientes vivessem em condições desumanas. Dessa forma, no segundo encontro dos integrantes desse movimento, a privatização da saúde e o modelo

assistencial manicomial como meio de tratamento de pessoas com transtornos mentais e de controle social foram alvos de críticas. Com isso, foram propostas uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), comissões de Direitos Humanos e uma revisão da legislação, a fim de desmascarar e mudar as instituições psiquiátricas. Com o passar do tempo foram realizados outros encontros e conferências, depois com a participação popular, para a discussão do funcionamento e do emprego de recursos financeiros na saúde mental, o que sofreu certa resistência, pois naquele momento mais ou menos 96% do orçamento voltado para a saúde mental estava atribuído aos hospitais psiquiátricos privados conveniados, e também existiam muitos interesses políticos envolvidos nessa temática. (Pacheco, 2009, p. 149-153)

O autor do livro “Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica”, Paulo Amarante (1994, p. 150-151) apontou que a instituição psiquiátrica reforçava o tratamento entre o médico e a loucura, ao invés de médico e paciente, corroborando com a ideia de que a pessoa com transtorno mental era vista como um objeto. Além disso, observou que os gastos com saúde mental eram realmente altos, porém o tratamento era inócuo, pois vários enfermos ficavam internados por muito tempo e quando saíam tinham que voltar à internação por não saberem mais conviver em sociedade normalmente. Tudo isso somado às violações de direitos humanos apontavam para a necessidade de transformação do modelo assistencial. (Amarante, 1994, p. 198)

Já em 1987, no II Congresso Nacional do MTSM, com um forte apoio da opinião pública o MTSM se tornou um movimento social, guiado pelo lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, e isso significou uma nova fase para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir disso, o MTSM passou a ser conhecido como o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), com influência em todo o país. Nesse contexto, no mesmo ano foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que estreou uma nova forma de tratar as pessoas com transtornos psíquicos, afastado do modelo manicomial, com possibilidade do paciente realizar atividades propícias a sua melhora, com a participação da família e uma ajuda efetiva dos médicos e outros funcionários. Assim, surgiu uma nova perspectiva para a saúde mental, demonstrando ser possível outras formas de tratamento mais humanas. (Pacheco, 2009, p. 155-156)

Com a Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 1988, conhecida como Constituição Cidadã, em uma fase pós-ditadura militar no país, foi possível enfatizar os Direitos Humanos e a saúde, que foi mais atribuída como responsabilidade do Estado. Nesse sentido, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), guiado pelo princípio da

universalização da saúde, tornou possível o acolhimento da população considerada marginalizada. Além disso, nesse cenário ocorreu a desconstrução do hospital particular Anchieta, que era conveniado com a Secretaria de Saúde do Estado, por conta das más condições que os pacientes eram submetidos, sendo trocado por uma rede de serviços substitutivos em Saúde Mental, o que demonstra uma concepção mais branda dessa questão. (Pacheco, 2009, p. 156-157)

Um ano após a promulgação da Constituição, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, em um contexto favorável às mudanças no âmbito da saúde mental, o projeto de lei tinha os seguintes pontos:

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. NOVA EMENTA DO SUBSTITUTIVO DO SENADO: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Dados Complementares:

Estabelecendo que a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Urgente 155. Projeto de Lei Anti-Manicomial (Brasil, 1989)

A proposta foi acolhida pela maioria dos deputados e relatores de comissões, com alguns argumentos contrários a sua aprovação, apontando a dificuldade do fechamento dos hospitais psiquiátricos, porém, ainda assim seguiu para o Senado, se tornando o foco de debate de alguns movimentos sociais nesse período. Com isso, na década de 1990 o tema se tornou alvo de discussão no contexto dos estados, gerando a criação de leis estaduais que buscavam também alcançar os objetivos propostos pelo Projeto de Lei. O Estado do Rio Grande do Sul foi o primeiro a ter uma lei sobre essa temática e depois vários outros foram criando leis específicas nesse sentido. Então o Senado Federal fez alterações no texto original da proposta e devolveu à Câmara dos Deputados em 1999, entretanto, apenas em março de 2001 foi discutida no plenário e depois da votação e das emendas feitas, nasceu a Lei nº 10.216 no dia 16 de abril desse mesmo ano, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso na véspera do Dia Mundial da Saúde. (Pereira, 2004)

Antes da Lei nº 10.216, o Decreto nº 24.559 baixado por Getúlio Vargas estava em vigor no país, e previa que quem tivesse interesse na internação de alguém bastava arranjar um simples atestado médico (Arbex, 2013, p. 225). Diante do cenário da Reforma ainda antes da lei, a Comissão de Direitos Humanos realizou a I Caravana Nacional de Direitos Humanos com o intuito de averiguar a situação dos manicômios do Brasil, e com isso foi possível ver que existiam muitas instituições que forneciam tratamento violento e desumano aos pacientes, com utilização de eletrochoques e casos de lobotomia, para exemplificar uma parte do que ocorria nesses locais. (Pacheco, 2009, p. 160)

Com o passar do tempo, depois da Lei da Reforma Psiquiátrica ter sido alcançada, o MNLA foi perdendo a força por não mais representar os interesses de seus membros em geral. Assim, em 2004 foi criada a Rede Internúcleos de Saúde Mental, assumindo o papel de sucessora do MNLA na luta antimanicomial, com interesses em políticas públicas, garantias de Direitos Humanos e investigação dos episódios de crueldade contra as pessoas com transtornos mentais que vivenciaram a experiência da internação nos hospitais psiquiátricos (Pacheco, 2009, p. 166).

2.2 Regulamentação das clínicas psiquiátricas

Pode-se afirmar que a Constituição Federal de 1988 prevê a saúde como responsabilidade do Estado no artigo 196, que diz “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Contudo, também dispõe sobre a possibilidade de instituições privadas de saúde atuarem de maneira complementar, como menciona o artigo 199:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. (Brasil, 1988, art. 199)

Dessa forma, visto que estas instituições são ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), se submetem a Lei nº 8.080 de 1990, conforme o artigo 26, § 2º “Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.” (Brasil, 1990)

Além disso, a saúde suplementar também faz parte do cenário da saúde no Brasil, representando o setor que presta serviços privados, regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que é uma autarquia em regime especial criada pela Lei nº 9.961 de 2000. Nesse sentido, cabe dizer que a ANS tem o poder de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as clínicas psiquiátricas no Brasil. (CFP, 2013, p. 38)

No entanto, as clínicas psiquiátricas também são submetidas a outras normas, sendo a principal delas a Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre os direitos das pessoas que portam transtornos mentais. Além disso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também tem poderes de regulação, normatização, controle e fiscalização sobre prestadoras de serviços de saúde (Brasil, 1999). Por fim, os conselhos profissionais de medicina e psicologia regulamentam a atuação dos profissionais que trabalham nas clínicas psiquiátricas. (CREMEC, 2021, p. 2) (CFP, 2007, p. 21)

3 A CONTRARREFORMA PSIQUIÁTRICA: ANÁLISE CRÍTICA

Devido a história da psiquiatria no Brasil ser carregada de estigmas quanto aos indivíduos que sofrem com transtornos mentais, atualmente, uma parcela da sociedade ainda enxerga essas pessoas com os olhos do passado. Nesse sentido, o preconceito segue existindo, rotulando os enfermos como improdutivos e ameaçadores enquanto pessoas livres. Além disso, a desinformação quanto ao assunto e no que tange a Lei nº 10.216, impossibilita a temática de ser tratada da forma que deveria. (Pacheco, 2009, p. 168-169)

Dessa maneira, é possível afirmar que a psiquiatria brasileira avançou a partir dos movimentos sociais que lutaram pelo fim dos manicômios e pela Lei da Reforma Psiquiátrica, no sentido de prezar pela liberdade das pessoas com problemas mentais em tratamentos terapêuticos. Todavia, a partir de 2017, conforme as mudanças políticas e a chegada da “nova política nacional de saúde mental” essa temática começou a caminhar na contramão do progresso alcançado por meio da luta antimanicomial. Exemplo disso é a Nota Técnica nº 11 de 2019 publicada pelo Ministério da Saúde, com o intuito de elucidar as informações

contidas na Portaria nº 3588 de 2017 que aborda as Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dá outras providências, que menciona o seguinte:

A Portaria 3588, em seu Art. 9.º, informa que se mantém as diretrizes e normas previstas para os Hospitais Psiquiátricos Especializados, constantes do Anexo XXV à Portaria de Consolidação no 5 GM/MS, de 28 de setembro de 2017. No entanto, a partir da nova normativa, o Hospital Psiquiátrico passa a ser incluído na RAPS e não mais se incentiva o seu fechamento. Em caso de fechamento ou descredenciamento de tais Serviços (mesmo contrariando as novas diretrizes do Ministério da Saúde), o Ministério deve ser notificado e aprovar a nova destinação deste recurso federal, que deverá ser aplicado necessariamente na RAPS. Foram criados dois novos procedimentos para faturamento hospitalar – um para internações curtas (até 90 dias) e outro para internações prolongadas (mais de 90 dias) ou reinternações antes de 30 dias da última alta hospitalar, tendo sido concedidos os reajustes abaixo elencados: [...]. (Brasil, 2019, p. 21)

Dito isso, é possível notar que a inclusão do Hospital Psiquiátrico na RAPS e o não incentivo ao seu fechamento evidenciam uma mobilização contrária aos princípios da Reforma. Ademais, a eletroconvulsoterapia é mencionada no documento que aborda tal política nacional de saúde mental, como passível de ser financiada e utilizada em alguns casos com indicação, remetendo à época manicomial onde era utilizada para punir, maltratar e “disciplinar” os pacientes. Assim, frente às décadas de confronto contra o sistema asilar, esse normativo exemplifica um tópico de regresso (Pitta; Guljor, 2019, p. 6; Scarcelli, 2019).

3.1 Análise doutrinária e jurisprudencial

Observando a jurisprudência brasileira a respeito dos quadros de internação psiquiátrica, nota-se que existem vários casos como esse que será citado a seguir, do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), que abordam a internação compulsória, determinada judicialmente por esgotamento dos recursos extra hospitalares.

DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE. REMESSA NECESSÁRIA. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA.

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNO MENTAL. INSUFICIÊNCIA DAS MEDIDAS EXTRA-HOSPITALARES. LEI Nº 10.216/01. DEVER ESTATAL DE ASSEGURAR O DIREITO À SAÚDE. SENTENÇA MANTIDA.

1. Remessa necessária decorrente de sentença proferida nos autos de ação de obrigação de fazer que julgou procedente o pedido autoral para determinar a internação compulsória do requerido em clínica especializada no tratamento psiquiátrico e de dependência química, às expensas do ente público, conforme relatório médico e nos termos da Lei nº 10.216/2001. As partes não interpuseram recurso voluntário.

2. A questão em discussão consiste em verificar a regularidade da sentença que impôs ao ente público a obrigação de realizar a internação psiquiátrica compulsória do requerido, considerado o direito constitucional à saúde e a necessidade de intervenção estatal diante da ineficácia dos recursos extra-hospitalares.

3. O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal de 1988 (art. 196) e pela Lei Orgânica do Distrito Federal (art. 204), impondo ao Estado o dever de promover políticas públicas voltadas ao bem-estar físico, mental e social. Além disso, a Lei nº 10.216/2001 prevê que a internação psiquiátrica compulsória é medida excepcional, admitida apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes, desde que fundamentada em laudo médico circunstanciado e destinada à reinserção social do paciente (arts. 3º, 4º e 6º).

4. No caso, o relatório médico juntado aos autos comprovou a gravidade do quadro do requerido, que, devido a transtornos mentais e uso de drogas, passou a colocar a si e sua família em situação de risco, sendo indicada a internação compulsória após esgotadas as tentativas de tratamento extra-hospitalar.

5. REMESSA NECESSÁRIA CONHECIDA E DESPROVIDA.

(Acórdão 1964680, 0709952-96.2024.8.07.0018, Relator(a): JOSE FIRMO REIS SOUB, 8ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 11/02/2025, publicado no DJe: 16/02/2025.) (Distrito Federal, 2025)

Nesse âmbito, os processos estão correndo no TJDFT em vias de remessa necessária, para revisar as sentenças que determinam que o Distrito Federal arque com as custas da internação de alguns indivíduos, para cumprir o determinado na Lei nº 10.216 especialmente em seu art. 4º e no art. 196 da Constituição Federal (CF). Desse modo, no caso mencionado o relator Desembargador José Firmo Reis Soub mencionou os arts. 196 e 197 da CF como necessários à garantia do direito à saúde, e consequentemente, à dignidade da pessoa humana.

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (Brasil, 1988, arts. 196 e 197)

Dando continuidade, ele cita a Lei Orgânica do Distrito Federal para abordar a saúde psíquica, em especial os arts. 204 e 211, que afirmam o seguinte:

Art. 204 A saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem:

I - ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade, a redução do risco de doenças e outros agravos; (Brasil, 1993, art. 204)

Art. 211. É dever do Poder Público promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, baseado no rigoroso respeito aos direitos humanos e da cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares. (Brasil, 1993, art. 211)

Depois, transcreve também os artigos 3º, 4º e 6º da Lei da Reforma psiquiátrica, já abordados no presente trabalho, que tratam respectivamente da responsabilidade do Estado pela saúde mental, da indicação da internação como último recurso e dos conceitos de internação psiquiátrica, com foco na internação compulsória. Por fim, é visível que o voto deu

ênfase na incumbência do Estado e nesse sentido manteve a sentença objeto da remessa necessária, em vista do réu oferecer riscos a si e a outras pessoas e dos recursos extra-hospitalares terem sido esgotados. Assim, procedeu a determinação que o Poder Público arcasse com as despesas da internação, em observância aos dispositivos legais supracitados.

No próximo caso a ser analisado, também no contexto do Distrito Federal, a parte apelante pede a reforma da sentença que negou o pedido de internação compulsória de seu filho, usuário de álcool e outras drogas, com o custeio do Estado. Porém, a 8ª Turma Cível do TJDF, com base no voto do relator Desembargador Arquibaldo Carneiro, negou provimento à apelação, tendo mencionado as mesmas normas citadas no caso tratado acima, com atenção especial ao art. 6º da Lei nº 10.216, que exige laudo médico que indique os motivos para que a internação possa se efetivar: “Art. 6ª A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.” e a apelante não cumpriu com esse requisito. Além disso, também foi abordada a Lei nº 13.840 de 2019, que afirma que:

Art. 23-A. O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:

§ 2º A internação de dependentes de drogas somente será realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais, dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação (Brasil, 2019, art. 23-A)

Nesse sentido, o apelado teve acompanhamento pelo Centro de Atenção Psicossocial que indicou a continuidade do tratamento ambulatorial, ou seja, ainda restavam recursos extra-hospitalares. Além da Lei da Reforma Psiquiátrica, a Lei nº 13.840 também aborda a internação, afirmando no §6º do art. 23-A que “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”. Dessa forma, por não haver motivos para a determinação da internação compulsória, com base nas normas citadas e na jurisprudência do próprio TJDF, o voto

conduziu a manutenção da sentença e o desprovemento da apelação, como é demonstrado na ementa do acórdão:

APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSO CIVIL. CONSTITUCIONAL. USUÁRIO DE DROGAS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. MEDIDA EXEPCIONAL. LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO. AUSÊNCIA DOS REQUISITOS ELENCADOS NA LEI Nº 10.216/01. SENTENÇA MANTIDA.

1. Por se tratar de pedido de internação compulsória de pessoa portadora de transtorno mental induzido pelo uso reiterativo de álcool e múltiplas drogas, deve ser observada a Constituição Federal - CF, bem assim, no plano infralegal, a legislação de regência do tema relacionado aos direitos e ao modelo assistencial em saúde mental, estatuídos, atualmente, por meio da Lei nº 10.216/01.
2. Admite-se a internação de dependentes de droga, desde que “realizadas em unidades de saúde ou hospitais gerais dotados de equipes multidisciplinares e deverá ser obrigatoriamente autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação” (art. 23-A, § 2º, da Lei nº 13.840/19).
3. Conforme disposição do art. 6º, parágrafo único, inciso III, da Lei 10.216/01, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos, desde que determinada pela Justiça.
4. A internação compulsória deve ser reservada a situações extremas, eis que restringirá a liberdade do internado, somente podendo ser procedida mediante a existência de elementos de prova robustos que determinem a impossibilidade do paciente de se tratar em ambiente familiar ou tenha tentado outros meios de tratamento.
5. Na hipótese vertente, não restou cabalmente comprovada a necessidade da medida extrema pleiteada. O último relatório médico multiprofissional confeccionado por profissionais da rede CAPS AD III de Samambaia-DF, destaca, ao final, a indicação de continuidade com o tratamento ambulatorial.

6. O documento médico apresentado não supriu a exigência do art. 6º da Lei nº 10.216/01, porquanto não trouxe expressa indicação de internação psiquiátrica ou dos motivos de sua imposição.

7. Recurso de apelação conhecido e não provido. Honorários recursais fixados.

(Acórdão 1430651, 0710530-35.2019.8.07.0018, Relator(a): ARQUIBALDO CARNEIRO PORTELA, 8ª TURMA CÍVEL, data de julgamento: 14/06/2022, publicado no DJe: 25/06/2022.) (Distrito Federal, 2022)

Já no Supremo Tribunal Federal (STF), foi possível encontrar uma abordagem diferente do assunto. O acórdão a ser mencionado abaixo trata da manutenção de paciente internado compulsoriamente por tempo indeterminado devido a sua periculosidade, mesmo depois de extinta a punibilidade e não haver determinação médica para internação psiquiátrica, enquanto esperava por vaga no Sistema Único de Saúde, em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), local destinado à pessoas que cumprem a sanção da medida de segurança.

Desse modo, por meio do Habeas Corpus 151.523 impetrado em face de um acórdão do Superior Tribunal de Justiça (STJ), o Ministro Edson Fachin (relator) de início mencionou que a Lei nº 7.210/84 (Lei de Execuções Penais) reconhece os HCTPs como “estabelecimentos penais”, visto isso o art. 82 diz: “Os estabelecimentos penais destinam-se ao condenado, ao submetido à medida de segurança, ao preso provisório e ao egresso”. Assim, o relator votou com base no art. 4º da Lei nº 10.216 e no Decreto nº 6.949 de 2009, que incorporou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ao ordenamento jurídico brasileiro, por se adequar ao caso do paciente, indicando o art. 3º da referida norma que cita como princípio “A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade”.

Dito isso, o relator disse ser inconstitucional privar esse indivíduo do direito à liberdade, ratificando a liminar e concedendo o habeas corpus para que ele pudesse sair do hospital, com base nas normas mencioandas, no sentido de buscar reintegrar o indivíduo na sociedade.

Ementa: HABEAS CORPUS. INTERDIÇÃO CIVIL. EXTINÇÃO DA PUNIBILIDADE. RECONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO

DA PRETENSÃO PUNITIVA. MANUTENÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. INCONSTITUCIONALIDADE. CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. DECRETO. INCORPORAÇÃO COMO TEXTO CONSTITUCIONAL. LEI 10.216/01. INSERÇÃO SOCIAL É A REGRA. INTERNAÇÃO APRESENTA-SE COMO MEDIDA EXCEPCIONAL. ORDEM CONCEDIDA. 1. É inconstitucional a manutenção em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – estabelecimento penal – de pessoa com diagnóstico de doença psíquica que teve extinta a punibilidade, por configurar-se privação de liberdade sem pena. 2. A Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), incorporado ao texto constitucional por meio do Decreto 6.949/2009, prevê, como princípios gerais, “a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade” das pessoas com deficiência de natureza física, mental, intelectual e sensorial”. 3. A Lei 10.216/2001 estabelece que a internação tem caráter singular e que o tratamento de pessoa com diagnóstico psíquico “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. 4. Habeas corpus concedido ao Paciente, que se encontra em regime de constrição de liberdade há mais de 7 anos, com extinção da punibilidade reconhecida, uma vez que sua manutenção em HCTP fere a ordem constitucional e legal do sistema jurídico brasileiro. (HC 151523, Relator(a): EDSON FACHIN, Segunda Turma, julgado em 27-11-2018, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-263 DIVULG 06-12-2018 PUBLIC 07-12-2018) (Brasil, 2018)

Ainda no STF, o Habeas Corpus 85.401 foi impetrado contra acórdão do STJ, julgado na Segunda Turma do Supremo, em favor de pessoa semi-imputável por insanidade mental, que cometeu crime de roubo qualificado. Dessa forma, o que se discute no caso é o que deve ser aplicado ao paciente, pois foi determinada a medida de segurança e a defesa pediu a substituição pelo tratamento ambulatorial. Todavia, o Ministério Público alegou que não seria possível utilizar a sanção da medida de segurança em caso de crime penalizado com reclusão. Tendo isso em vista, o Habeas Corpus foi impetrado com base no art. 98 do Código Penal:

Art. 98 - Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984) (Brasil, 1984, art. 98)

Nesse sentido, em seu voto, o relator Cezar Peluso ex-Ministro do STF afirmou que em outros casos parecidos com este, a tese firmada foi a de que o laudo médico não afasta a medida de segurança em crime punível com reclusão. Contudo, também abordou que a doutrina afirma o contrário, com base em Guilherme de Souza Nucci, muitas internações de doentes mentais poderiam ser evitadas e a sanção da medida de segurança não resolve certos problemas. Também Tânia Maria Nava Marchewka é citada, trazendo o entendimento de que seria mais adequado que a lei permitisse que a decisão sobre a aplicação da internação ou do tratamento ambulatorial em liberdade ficasse a critério do juiz. Portanto, tal assunto adentra na esfera da Lei da Reforma Psiquiátrica quando o relator afirma que tal medida vai na contramão dos princípios da Reforma, que caminha no sentido da desativação de hospitais psiquiátricos.

EMENTA: AÇÃO PENAL. Execução. Condenação a pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, caput e § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação. (HC 85401, Relator(a): CEZAR PELUSO, Segunda Turma, julgado em 04-12-2009, DJe-027 DIVULG 11-02-2010 PUBLIC 12-02-2010 EMENT VOL-02389-01 PP-00051 RTJ VOL-00213-01 PP-00512 RT v. 99, n. 895, 2010, p. 504-507 RJSP v. 58, n. 392, 2010, p. 169-173) (Brasil, 2009).

Por fim, o ex-Ministro usa o exemplo da Lei nº 11.343 (Lei de Drogas) em seus artigos 45 e 47 para afirmar que essa norma determina que o juiz aplique o tratamento que seja mais apropriado para o caso.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado (Brasil, 2006, art. 45)

Art. 47. Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei (Brasil, 2006, art. 47).

Ademais, ele diz que a “rigidez do sistema jurídico-penal significa, em alguns casos, aplicação de medida de segurança totalmente incompatível com o seu propósito terapêutico.”. Em vista disso e de laudo médico desfavorável à internação, concede a ordem para substituir a medida de segurança pelo tratamento ambulatorial.

Ainda dentro desse contexto, Tânia Maria Nava Marchewka aborda a questão do conflito entre a medida de segurança e a reforma psiquiátrica brasileira. Apontando como finalidade maior dessa sanção penal o tratamento psiquiátrico do indivíduo com doença mental, devendo ser executada em casos excepcionais. E Guilherme de Souza Nucci trata a medida de segurança como “medida de defesa social, embora se possa ver nesse instrumento uma medida terapêutica ou pedagógica destinada a quem é doente”. Assim, questiona-se a contradição em frente à Lei nº 10.216, pois se trata de uma internação que não tem um prazo máximo determinado no Código Penal, remetendo-se ao modelo asilar. (Marchewka, 2001, p. 9; Nucci, 2014, p. 38)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi supracitado, é possível afirmar que o conceito de internação psiquiátrica foi abordado de maneira informativa, ao salientar sua necessidade apenas como último recurso de tratamento para pessoas com transtornos mentais, tendo em vista que essa medida restringe a liberdade dos indivíduos.

Nesse sentido, o problema que ocorre há anos, desde o século XIX na Europa, é o uso da internação para excluir determinadas pessoas da sociedade. Dessa forma, muitas famílias buscam desde logo essa medida pois não querem lidar com o enfermo, atribuindo toda a responsabilidade ao Estado.

Por um lado, o Estado é sim responsável por garantir a saúde, como mencionam os dispositivos legais, todavia, deve-se pensar em como a pessoa com transtorno mental pode receber um tratamento efetivo, com o máximo de liberdade possível. Por isso, a internação deve ser utilizada como último recurso, visando sempre a ressocialização do indivíduo, caminhando conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, contra o modelo asilar.

Nesse contexto, é cabível dizer que as consequências do sistema manicomial já são conhecidas e se refletem em anos de violações de direitos humanos, conforme o que foi mencionado no presente trabalho sobre os casos citados no tópico 1.3. Para além disso, é triste ver que a morte de muitas pessoas, vítimas desse sistema, foi usada pelo Estado de maneira lucrativa, exemplificando o que ocorreu em 1930 com a “indústria da loucura”. Assim, é necessário que esse assunto seja de conhecimento geral para que o que ocorreu não se repita, pois a história do Brasil já foi manchada por muitas tragédias .

Nesse sentido, a internação psiquiátrica deve ser tratada pelo direito brasileiro com uma atenção especial, pois se trata de uma garantia constitucional do direito à liberdade. Dessa forma, a finalidade da internação deve ser sempre terapêutica e de responsabilidade do Estado, devendo o poder judiciário sempre buscar seguir a Lei da Reforma Psiquiátrica na tomada de decisões, para que a vida e a liberdade das pessoas com transtorno mental sejam preservadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, Lourence Cristine. **O Hospício Nacional de Alienados: Terapêutica ou higiene social?**. 2010. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível

- em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6089>. Acesso em: 10 abr. 2025.
2. AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
 3. ANDRADE, Rodrigo de Oliveira. Aos loucos, o hospício: primeiros asilos para alienados do Brasil foram construídos em meados do século XIX no Rio de Janeiro e em São Paulo. **Pesquisa FAPESP**, ed. 263, jan. 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/aos-loucos-o-hospicio/>. Acesso em: 10 abr. 2025.
 4. ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. 20. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
 5. BRANCO, Gérica. O caso Damião Ximenes Lopes e o direito humano à Saúde Mental. **Desinstitute**. 27 fev. 2023. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/o-caso-damiao-ximenes-lobes-e-o-direito-humano-a-saude-mental/>. Acesso em: 14 set. 2024.
 6. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 6 dez. 2024.
 7. BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 6 nov. 2024.
 8. BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 6 dez. 2024.
 9. BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20Nacional%20de,Sanit%C3%A1ria%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em: 6 dez. 2024.
 10. BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 6 dez. 2024.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 18 fev.

2025.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002**. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei no 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

13. BRASIL. Superior Tribunal Federal (2. Turma). Habeas Corpus. **HC 85.401**. AÇÃO PENAL. Execução. Condenação a pena de reclusão, em regime aberto. Semi-imputabilidade. Medida de segurança. Internação. Alteração para tratamento ambulatorial. Possibilidade. Recomendação do laudo médico. Inteligência do art. 26, caput e § 1º do Código Penal. Necessidade de consideração do propósito terapêutico da medida no contexto da reforma psiquiátrica. Ordem concedida. Em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação. Paciente: Márcio Luís Flores de Oliveira. Impetrante: José Francisco Fischinger Moura de Souza. Relator(a): Ministro Cezar Peluso. Brasília, 04 de dezembro de 2009. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=607649>. Acesso em: 04 mar. 2025.

14. BRASIL. Superior Tribunal Federal (2. turma). Habeas Corpus. **HC 151523**. HABEAS CORPUS. INTERDIÇÃO CIVIL. EXTINÇÃO DA PUNIBILIDADE. RECONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO PUNITIVA. MANUTENÇÃO EM HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. INCONSTITUCIONALIDADE. CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. DECRETO. INCORPORAÇÃO COMO TEXTO CONSTITUCIONAL. LEI 10.216/01. INSERÇÃO SOCIAL É A REGRA. INTERNAÇÃO APRESENTA-SE COMO MEDIDA EXCEPCIONAL. ORDEM CONCEDIDA. 1. É inconstitucional a manutenção em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – estabelecimento penal – de pessoa com diagnóstico de doença psíquica que teve extinta a punibilidade, por configurar-se privação de liberdade sem pena [...]. Paciente: Ary José Felipe. Impetrante: Defensoria Pública Do Estado De São Paulo. Relator: Edson Fachin. Brasília, 27 de novembro de 2018. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=748813048>. Acesso em: 4 mar. 2025.

15. BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (8. turma cível). **Ação de obrigação de fazer 0709952-96.2024.8.07.0018**. DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE. REMESSA NECESSÁRIA. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E TRANSTORNO MENTAL. INSUFICIÊNCIA DAS MEDIDAS EXTRA-HOSPITALARES. LEI Nº 10.216/01. DEVER ESTATAL DE ASSEGURAR O DIREITO À SAÚDE. SENTENÇA MANTIDA. 1. Remessa necessária decorrente de sentença proferida nos autos de ação de obrigação de fazer que julgou procedente o pedido autoral para determinar a

- internação compulsória do requerido em clínica especializada no tratamento psiquiátrico e de dependência química, às expensas do ente público, conforme relatório médico e nos termos da Lei nº 10.216/2001. As partes não interpuseram recurso voluntário [...]. Recorrente: Hildener Aguiar Dos Santos Goncalves. Recorridos: Mizael Aguiar Lima e Distrito Federal. Relator(A): Jose Firmo Reis Soub. Distrito Federal, 11 de fevereiro de 2025. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/resultado?sinonimos=true&espelho=true&inteiroTeor=true&textoPesquisa=0709952-96.2024.8.07.0018>. Acesso em: 3 mar. 2025.
16. BRASIL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (8. turma cível). **Apelação cível 0710530-35.2019.8.07.0018. APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSO CIVIL. CONSTITUCIONAL. USUÁRIO DE DROGAS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. MEDIDA EXEPCIONAL. LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO. AUSÊNCIA DOS REQUISITOS ELENCADOS NA LEI Nº 10.216/01. SENTENÇA MANTIDA. 1. Por se tratar de pedido de internação compulsória de pessoa portadora de transtorno mental induzido pelo uso reiterativo de álcool e múltiplas drogas, deve ser observada a Constituição Federal - CF, bem assim, no plano infralegal, a legislação de regência do tema relacionado aos direitos e ao modelo assistencial em saúde mental, estatuídos, atualmente, por meio da Lei nº 10.216/01 [...]. Apelante: Nadja Do Rosario Soares. Apelados: Fernando Soares Ribeiro e Distrito Federal. Relator: Arquibaldo Carneiro. Distrito Federal, 10 de junho de 2022. Disponível em: <https://jurisdf.tjdft.jus.br/acordaos/1430651/inteiro-teor/c2c16dbc-0f75-4052-81b4-9c34ca0850fa>. Acesso em: 4 mar. 2025.**
 17. HOLOCAUSTO BRASILEIRO. Direção: Armando Mendz e Daniela Arbex. Produção de Daniela Arbex, Paula Belchior e Alessandro Arbex. Brasil, 2016. **Netflix**.
 18. CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 45, p. 87-94, 2011.
 19. CARNEIRO, F. M. A. A Condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos: um estudo de caso. **Revista Homem, Espaço e Tempo**, [S. l.], v. 4, n. 2, 2018. Disponível em: [//rhet.uvanet.br/index.php/rhet/article/view/87](http://rhet.uvanet.br/index.php/rhet/article/view/87). Acesso em: 16 nov. 2024.
 20. CHAVES, Elaine. **Terapia cognitivo-comportamental para comportamentos suicidas**. 1. ed. São Paulo: Contentus, 2020. *E-book*. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br>. Acesso em: 27 nov. 2024.
 21. CREMEC. **Parecer nº 8, 16 de fevereiro de 2021**. Fortaleza: CREMEC, 2021. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/CE/2021/8_2021.pdf. Acesso em: 4 mar. 2025.
 22. CFP. **Resolução nº 013/2007, 14 de setembro de 2007**. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília: CFP, 2007. Disponível em:

https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf. Acesso em: 4 mar. 2025.

23. BRASIL. **Projeto de Lei 3657 de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Nova ementa do substitutivo do senado: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 5 dez. 2024.

24. LOPES, Maria Helena Itaquí. **Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos**. 2001. Pesquisa (Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Psiquiátrico São Pedro/Porto Alegre- RS)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2001. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm#:~:text=Surgiu%2C%20no%20s%C3%A9culo%20XVIII%2C%20Phillippe,somente%20destinados%20aos%20doentes%20mentais>. Acesso em: 10 abr. 2025.

25. MINAS GERAIS. **Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1985**. Dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=828. Acesso em: 6 nov. 2024.

26. PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2009.

27. PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420902>. Acesso em: 5 dez. 2024

28. PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A Violência da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil: Um ataque a democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, [S. l.], n. 246, p. 6–14, 2019. DOI: 10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/525>. Acesso em: 18 fev. 2025.

29. QUIROGA, Mônica. Saúde com Arte: Museu da Loucura (MG). **Centro Cultural do Ministério da Saúde**. 19 jan. 2021. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/saude-com-arte-museu-da-loucura-mg>. Acesso em: 14 set. 2024.

30. CFP. **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.
31. SCARCELLI, Ianni Regia. A contrarreforma na política de saúde mental: o que temos a ver com isso?. **Jornal da USP**. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/a-contrarreforma-na-politica-de-saude-mental-o-que-temos-a-ver-com-isso/>. Acesso em: 18 fev. 2025.
32. SPANEMBERG, Lucas *et al.* **Manual de internação psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2021. *E-book*.
33. TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. Pinel e o nascimento do alienismo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 540–560, 2019. DOI: 10.12957/epp.2019.44288. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/44288>. Acesso em: 14 set. 2024.
34. TRINDADE, Rafael. Foucault: a grande internação. **Razão Inadequada**, 17 fev. 2022. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2022/02/17/a-grande-internacao/>. Acesso em: 6 nov. 2024.
35. TSU, Tânia. **A Internação Psiquiátrica E O Drama Das Famílias**. São Paulo: EdUSP, 1993.
36. BRASIL. **Lei Orgânica do Distrito Federal**. Disponível em: <https://www.cl.df.gov.br/documents/57444400/4503962/LEI+ORG%C3%82NICA+DO+DF.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2025.
37. BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019**. Institui a Política Nacional de Mobilização Social e de Defesa dos Direitos Humanos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.
38. BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Aprova a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.
39. MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do direito penal e da reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 102–111. 2001. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v2i3p102-111. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82762>. Acesso em: 31 mar. 2025.
40. NUCCI, Guilherme de. **Código Penal Comentado**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. disponível em: <https://direitomluniverse.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/06/cc3b3digo-penal-comentado-guilherme-nucci-ed-forense-14c2aa-edic3a7c3a3o-2014.pdf>. Acesso em 10 abr. 2025.

41. BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984**. Dispõe sobre a execução das penas e medidas de segurança. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.
42. BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Estabelece o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2006/111343.htm. Acesso em: 7 abr. 2025.
43. BRASIL. **Decreto nº .132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistencia a Alienados. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html#:~:text=Art.,depois%20de%20provada%20a%20aliena%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 7 abr. 2025.