

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**  
**Escola de Direito, Turismo e Museologia**  
**Departamento de Direito**

Bruna Mazzoni Pereira

**A IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA NAS INTERNAÇÕES: uma análise da  
trajetória da saúde mental no Brasil**

**Ouro Preto**  
**2024**

Bruna Mazzone Pereira

**A IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA NAS INTERNAÇÕES:** uma análise da trajetória da saúde mental no Brasil.

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Dra. Iara Antunes de Souza

Área de Concentração: Direito Civil

Ouro Preto

2024



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Bruna Mazzone Pereira**

### **A IMPORTÂNCIA DA AUTONOMIA NAS INTERNAÇÕES: uma análise da trajetória da saúde mental no Brasil**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal  
de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Direito.

Aprovada em 16 de outubro de 2024.

#### Membros da banca

Profa. Dra. Iara Antunes de Souza - Orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto  
Profa. Dra. Beatriz Schettini - Universidade Federal de Ouro Preto  
Mestranda Luiza Pinheiro Chagas Leite Souza - Universidade Federal de Ouro Preto

Profa. Dra. Iara Antunes de Souza, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 30/10/2024.



Documento assinado eletronicamente por **Iara Antunes de Souza, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 30/10/2024, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0803302** e o código CRC **7B926EC6**.

## AGRADECIMENTOS

A vida, sem dúvida, é marcada por ciclos, e, neste momento, tão esperado por anos, é chegada a hora de encerrar este que foi tão único e desejado. Com o coração cheio de gratidão, agradeço, inicialmente, a Deus, por me guiar em cada passo dessa trajetória e por me conceder a força e a sabedoria necessárias ao longo do caminho.

Mais do que nunca, agradeço aos meus pais, Marcia e Alexandrino, que, desde o início, não mediram esforços para tornar este sonho possível. Obrigada por todo o amor, paciência e apoio; vocês são e sempre serão a minha inspiração de coragem e dedicação. Sem vocês, nada disso seria possível!

Ao meu irmão, Leandro, por sempre estar ao meu lado, seu apoio e lealdade são um presente para mim.

À minha avó, Maria da Glória, sinônimo de amor, cuidado e aconchego, por cada conselho e ensinamento. Você é fonte de força e luz em minha vida.

Ao Brendow, meu amor e melhor amigo, por sempre acreditar em mim e tornar minha jornada mais leve, mesmo que, muitas vezes, à distância. Obrigada por todo o companheirismo e compreensão em todos os momentos.

Amo vocês!

Agradeço aos amigos que Ouro Preto me presenteou, aos que passaram por minha vida e aos que permaneceram até o final, tornando possível aguentar a saudade de casa. Obrigada Lívia, Thais e, em especial, Rafaela, que tem sido meu porto seguro nesses anos de graduação, compartilhando os momentos bons e ruins desde a primeira semana de aula.

Vocês fazem meus dias mais felizes!

Agradeço à minha orientadora, Iara Antunes de Souza, por sua orientação enriquecedora e paciência durante todo o desenvolvimento deste trabalho. A senhora tem toda a minha admiração e respeito.

Enfim, agradeço à Universidade Federal de Ouro Preto pelas experiências e aprendizados valiosos, que contribuíram para a minha jornada acadêmica.

## RESUMO

O tema do presente estudo é a autonomia no âmbito da saúde mental no Brasil, essencialmente no que diz respeito às internações, sobretudo as não consensuais. Assim, este trabalho tem como objetivo perquirir sobre como o princípio da autonomia encontra-se promovido no ordenamento jurídico atual. No mais, quanto à hipótese, muitas vezes, as doenças mentais são usadas como meio de exclusão social, motivo pelo qual o papel da autonomia nas internações no contexto da saúde mental deve ser resguardar o máximo da capacidade de autodeterminação das pessoas, visando a sua proteção. Isso porque, em que pese o avanço das legislações, há uma perpetuação das concepções e discriminações em relação às pessoas com doenças mentais, que acabam tendo sua capacidade, muitas vezes, desconsiderada em razão de dois preceitos amplamente disseminados, quais sejam, a periculosidade e a incurabilidade. Por isso, busca-se realizar uma análise mais profunda sobre a importância do princípio da autonomia e suas limitações, sobretudo, no tratamento das pessoas com doenças mentais. Para isso, tem-se como marco teórico a relativização da autonomia das pessoas com doenças mentais no que diz respeito às internações não consensuais, que se caracteriza como um desafio bioético. Procurou-se estabelecer uma análise histórico-normativa, mediante pesquisas em doutrinas e na legislação brasileira, acerca da evolução das interpretações sobre a autonomia e a capacidade das pessoas com deficiência. Dessa forma, abordou-se os mecanismos jurídicos de proteção e promoção da autodeterminação das pessoas, com enfoque na valorização do consentimento livre e esclarecido, que deve subsistir sempre que possível. Nos apontamentos realizados, constatou-se, também, o aparecimento, no cenário concreto, da problemática existente em face da mitigação da autonomia das pessoas com doenças mentais diante das práticas médicas, demonstrando a linha tênue entre a retirada da autonomia dessas pessoas e a preponderância do princípio da beneficência, que pode vir a ser melhor compreendida do ponto de vista do Biodireito e da bioética da proteção, sendo teorias que se complementam diante do escopo de proteção das pessoas e do respeito à sua dignidade e direitos.

**Palavras-chave:** autonomia; bioética; internações não consensuais; saúde mental.

## **ABSTRACT**

The theme of this study is autonomy in the context of mental health in Brazil, particularly concerning involuntary admissions. This work aims to investigate how the principle of autonomy is promoted within the current legal framework. Furthermore, the hypothesis suggests that mental illnesses are often used as a means of social exclusion, which is why the role of autonomy in admissions within the mental health context should protect individuals' capacity for self-determination. Despite advancements in legislation, prevailing conceptions and discrimination against individuals with mental illnesses often lead to their capacities being disregarded due to two widely held beliefs: dangerousness and incurability. Therefore, a deeper analysis of the importance of the principle of autonomy and its limitations, particularly in the treatment of individuals with mental illnesses, is sought. The theoretical framework centers on the relativization of autonomy for individuals with mental illnesses regarding involuntary admissions, presenting a bioethical challenge. A historical-normative analysis was conducted through research in doctrines and Brazilian legislation concerning the evolution of interpretations about the autonomy and capacity of individuals with disabilities. This approach also examined legal mechanisms for protecting and promoting self-determination, focusing on the value of free and informed consent, which should always be upheld when possible. The findings revealed the existing issues related to the mitigation of autonomy for individuals with mental illnesses in medical practices, highlighting the delicate balance between removing autonomy and prioritizing the principle of beneficence. This tension can be better understood through the perspectives of Biolaw and the bioethics of protection, as these theories complement each other in their goal of protecting individuals while respecting their dignity and rights.

**Keywords:** autonomy; bioethics; involuntary admissions; mental health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 DOS PRIMÓRDIOS DO MANICÔMIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 O movimento antimanicomial no Brasil.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Evoluções legislativas brasileiras.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 A teoria das capacidades.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 As internações em caso de doenças mentais.....</b>	<b>25</b>
<b>3 A AUTONOMIA.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Autonomia Bioética.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Autonomia Biojurídica.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Tomada de Decisão Apoiada e Curatela.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5 Autonomia versus internações não consensuais.....</b>	<b>40</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é um tema envolto a preconceitos sociais, dentre os quais as pessoas com doenças mentais são consideradas pela sociedade como incapazes e improdutivas, sendo motivo de vergonha para as suas famílias (Figueiredo *et al.*, 2014, p. 122). É um problema social que justificou a exclusão dessas pessoas do convívio em comunidade (Del'Olmo; Cervi, 2017, p. 198), perpetuando estigmas e barreiras que, ainda hoje, trazem empecilhos para a plena integração no meio social.

Essa exclusão se dava, principalmente, por meio das internações em instituições psiquiátricas, que eram vistas, a partir do século XIX, como forma de tratamento e cura do diagnóstico da “loucura”. Contudo, na prática, era um mecanismo de segregação social, onde ocorriam violências e coerções, que eram amparadas pela visão de “mal necessário” (Figueiredo *et al.*, 2014, p. 125-127).

Diante disso, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surge com o intento de modificar as abordagens e terapias relacionadas ao tratamento das pessoas com doenças mentais, em razão das condições desumanas em que se encontravam os pacientes dos hospitais psiquiátricos até, aproximadamente, os anos de 1980 (Figueiredo *et al.*, 2014, p. 127). Além disso, por muito tempo as internações não consensuais eram regra, de modo que condenava os internos ao esquecimento, tendo em vista que o isolamento social, comumente, durava para sempre.

Assim, se baseando na concepção de desinstitucionalização, que tem suas bases nos conhecimentos de Franco Basaglia (Basaglia, 1981, p. 259), as revoluções decorrentes do movimento antimanicomial brasileiro ocasionaram, em 1989, no surgimento de um projeto de lei que, posteriormente, deu origem à Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Oliveira *et al.*, 2020, p. 335). Essa norma visa garantir os direitos e a proteção das pessoas com doenças mentais (Lima; Neto, s.d., p. 05), sendo um símbolo da mudança do modelo médico, que tinha como foco a lesão, para o social.

Em específico, essa legislação reconheceu que há casos em que deverá ocorrer internações não consensuais, e dispôs sobre duas modalidades além da internação voluntária, quais sejam, a involuntária e a compulsória. No entanto, é uma diretriz expressa da Lei da Reforma Psiquiátrica que esses dois tipos de internações só ocorram quando o tratamento fora do âmbito hospitalar não for eficaz (Brasil, 2001).



Noutro giro, em seguimento aos avanços legislativos, é relevante enfatizar que com a Lei nº 13.146, de 2015, popularmente conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, o Código Civil de 2002 sofreu alterações, uma vez que foi retirado do rol dos absolutamente incapazes as pessoas com doenças mentais, considerando-os, então, capazes. Salvo, quando esses indivíduos não puderem manifestar sua vontade, sendo assim considerados relativamente incapazes.

Ainda no que tange ao Estatuto da Pessoa com Deficiência, é de suma importância ressaltar que ele é o responsável por regulamentar, no âmbito infraconstitucional, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, também nomeada de Carta de Nova Iorque, que foi incorporada ao Direito Brasileiro, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 2008, e o Decreto nº 6.949, de 2009 (Souza, 2022, p. 807).

Desse modo, é notório que a temática da saúde mental vem sofrendo várias mudanças ao longo do tempo, e, em consequência, a questão da autonomia é colocada em evidência. Isso é devido ao fato de que, no passado, no campo em comento, o princípio da autonomia acabou por perder espaço, sendo suprimido às custas do que o meio social considerava ser necessário para as pessoas com doenças mentais.

À luz disso, a presente pesquisa busca analisar a importância do princípio da autonomia no âmbito da saúde mental, objetivando um meio de compatibilizar o respeito e a proteção à autonomia das pessoas com doenças mentais quanto às internações psiquiátricas, em especial as não consensuais.

Para isso, é crucial examinar as autonomias bioética e biojurídica, de forma a realçar que a autodeterminação das pessoas com deficiência, em relação aos procedimentos pertinentes aos seus corpos, deve ocorrer, sempre que possível, de forma livre, clara e discernida.

Não sendo cabível, em razão do regime das incapacidades, emergem alguns mecanismos jurídicos que buscam a proteção e a promoção das pessoas com doenças mentais, dos quais se pretende abordar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Tomada de Decisão Apoiada e a Curatela.

Para a realização da pesquisa, adota-se como marco teórico a relativização da autonomia das pessoas com doenças mentais quanto às internações não consensuais, que se constitui, assim, como um desafio bioético. No mais, se baseia, principalmente, nas obras “Autonomia Privada e Internação Não Consentida” (Lima;

Sá, 2011) e “O dilema das internações psiquiátricas involuntárias: composições entre bioética da proteção e autonomia” (Coutinho, 2019). Além disso, opera-se à luz do ordenamento jurídico atual.

No que concerne ao seu desenvolvimento, utiliza-se a modalidade de pesquisa teórico-dogmática, e apresenta-se, como tipo de investigação, a jurídico-descritiva e a pesquisa bibliográfica. Valendo-se, a partir daí, de um exame reflexivo e analítico de textos científicos, doutrinas, bem como de leis e documentos já idealizados para uma visualização de como a temática proposta encontra-se no cenário concreto. Assim, almeja-se uma análise crítica e sistemática acerca da autonomia e da capacidade das pessoas com doença mental quanto às internações psiquiátricas na atualidade.

Logo, esta pesquisa se estrutura, após a presente introdução, no Capítulo 2 abordando o contexto histórico da saúde mental no Brasil, exibindo, brevemente, sobre o surgimento das instituições psiquiátricas até os movimentos antimanicomiais, seguindo, então, com uma avaliação pormenorizada dos eventos que culminaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira e das conquistas que dela derivaram. No mais, perpassa pelas mudanças legislativas referentes à saúde mental no Brasil, explorando a teoria das capacidades e as modalidades de internações previstas.

No Capítulo 3, o enfoque é na autonomia, esmiuçando-a quanto às suas vertentes bioética e biojurídica, transpondo pelos instrumentos jurídicos de garantia da autodeterminação dos sujeitos, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Tomada de Decisão Apoiada e a Curatela. E, por fim, é analisado, ainda, o campo de exercício da autonomia das pessoas com doenças mentais em face das internações não consensuais. Uma vez definida a estruturação da pesquisa, inicia-se o seu desenvolvimento.

## 2 DOS PRIMÓRDIOS DO MANICÔMIO À REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Muitos são os assuntos que rodeiam o ser humano e tornam-se objetos de interpretação e discussão no meio social, permanecendo em foco mesmo com o passar dos anos. A “loucura” é uma dessas temáticas, que encontra na sociedade espaço e tratamento distintos de acordo com cada época, possuindo uma longa história de “tolerância para com a diferença entre as pessoas” (Fortes, 2010, p. 323).

Nem sempre as singularidades de uma pessoa eram vistas como causa de exclusão social. Muitas das civilizações primitivas eram voltadas para o misticismo, em que associavam os transtornos mentais às crenças de comunicação com o divino (Brasil, 2003). Mas esse pensamento sofreu transições, a loucura passou a ser considerada como doença, e as pessoas com doenças mentais passaram a ser vistas como “diferentes”, a relação de tolerância foi se tornando cada vez mais estreita.

Nesse contexto, no século XVIII, surge a instituição psiquiátrica, um lugar voltado para esses indivíduos, os “loucos”, onde eles eram confinados, excluídos do convívio social, onde ocorria o “sequestro da cidadania e, até mesmo, da vida dos pacientes portadores de transtornos mentais” (Fortes, 2010, p. 323). E, seguindo o modelo vigente da época, no Brasil Império, em 1841, pelo Decreto Imperial nº 82, foi criado o Hospício Dom Pedro II (Brasil, 1841).

Inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, capital do Império do Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico da América Latina foi resultado de preocupações da população brasileira, principalmente, da “ideia de que os alienados mentais transitando livremente pelas ruas da Corte representavam um perigo para a sociedade” (Gonçalves, 2013, p. 62).

Localizado na Praia Vermelha, o Hospício Dom Pedro II recebia pessoas advindas de vários locais, mas grande parte encaminhados pela polícia ou pelas Santas Casas de Misericórdia. Logo o hospício chegou à sua lotação máxima, fazendo com que surgissem casas de saúde particulares e outras instituições psiquiátricas em todo o Brasil, consolidando nacionalmente o referido modelo assistencial de instituição asilar.

E, mesmo com o passar das décadas, os hospitais psiquiátricos continuaram sendo, de maneira restrita, forma de “tratamento” das doenças mentais e, ao mesmo tempo, de segregação social. Nessas instituições, criadas para, inicialmente, dar

assistência aos doentes mentais em caráter temporário, para muitos, tornou-se uma prisão perpétua, um meio de marginalização, efetivado pelo controle médico, social e legal, “as internações ocorriam de forma automática e arbitrária, ou seja, uma verdadeira autorização de sequestro, privando o paciente de liberdade, mantendo-o em cativeiro” (Figueiredo *et al.*, 2014, p. 128).

Seguindo a perspectiva de Maria Izabel Sanches Costa e Aurea Maria Zollner Ianni (2018, p. 47), é considerado cidadão a pessoa pertencente a um determinado Estado-Nação, onde é reconhecido e possui direitos e deveres para com a sociedade em que está inserido. Todavia, “o estatuto jurídico da saúde mental, ela legitima a condição de não-cidadão, de não-sujeito do doente” (Amarante, 1996, p. 113-114), assim as pessoas com doenças mentais não eram titulares de direitos, o que legitimava as internações arbitrárias, em outros termos, as internações que ocorriam sem o consentimento dos pacientes.

Um dos hospitais psiquiátricos mais conhecidos do Brasil foi o Hospital Colônia, fundado em 12 de outubro de 1903, na cidade de Barbacena, Minas Gerais. No Colônia, mais de 60 mil pessoas perderam a vida (Arbex, 2013, p. 13), dentre elas não haviam apenas indivíduos com doenças mentais, mas, também, aqueles que não atendiam aos padrões sociais da época, “para lá, o manicômio, iam todos aqueles que não eram sujeitos, não eram cidadãos, não mereciam estar no seio da sociedade como seres iguais” (Amarante, 2008, p. 31-32).

Nesse aspecto, se destaca a localização do Hospital Colônia, que teve grande influência nos números de pessoas internadas no local:

Dezenove dos vinte e cinco hospitais psiquiátricos existentes em Minas até a década de 1980 estavam localizados no famoso corredor da loucura formado por Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte. Nesse período, as três cidades concentravam 80% dos 58 leitos da saúde mental no Estado. Parâmetros da Organização Mundial da Saúde estabeleciam como referência três internações para cada mil beneficiários no país. Mas estudos do setor psiquiátrico mineiro revelaram quase sete internações para cada grupo de mil, em 1979. Em 1981, o número era superior a cinco. A cada duas consultas e meia, uma pessoa era hospitalizada nas Gerais (Arbex, 2013, p. 31).

Como descreve Daniela Arbex (2013), no hospital psiquiátrico de Barbacena os pacientes eram submetidos a uma situação desumana, os alimentos eram poucos, a água não era tratada, muitos não possuíam vestes, as condições de higiene eram precárias, assim como a assistência médica e os tratamentos, que

incluíam eletrochoques e lobotomia. Além disso, havia a superlotação e a violência, em todas as suas formas, física, psicológica, moral, até mesmo, sexual, e essa não era uma realidade isolada do Colônia, porém essa conjuntura era invisibilizada pela sociedade brasileira.

Todavia, após a Segunda Guerra Mundial esse cenário foi se modificando, iniciou-se um movimento de reforma da assistência psiquiátrica, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, influenciando, posteriormente, nas questões envolvendo a saúde mental no Brasil. Dentre esses movimentos, a psiquiatria democrática italiana teve grande preponderância nacionalmente, sendo Basaglia um de seus nomes mais importantes (Oliveira *et al.*, 2020, p. 350).

Com o ideal de desinstitucionalização da Psiquiatria Italiana, o psiquiatra Franco Basaglia visava a alteração do modelo médico adotado nos manicômios da época, qual seja, as internações hospitalares, para uma atenção mais humanizada da saúde mental, buscando assegurar, desse modo, a restituição do *status* de cidadão e a garantia de sua dignidade humana. Para ele, as instituições psiquiátricas eram prejudiciais, tendo em vista que:

A “institucionalização” é “o complexo de ‘danos’ derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando o instituto se baseia sobre os princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão, e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (Basaglia, 1981, p. 259).

De acordo com as contribuições de Basaglia, a instituição psiquiátrica ocasiona o isolamento dos indivíduos que, na visão social, são indignos de viver em sociedade, e “toda essa negação e essa objetivação são construídas a partir das noções de periculosidade, irrecuperabilidade e incompreensibilidade da doença mental” (Amarante, 1994, p. 67-68).

Isso posto, é necessário salientar a importância dessa transição do antigo modelo médico para o que estava se formando, isto é, o social. No primeiro, a deficiência é vinculada à doença, motivo pelo qual os corpos dos indivíduos deveriam ser corrigidos. Noutro giro, para o segundo, do ponto de vista biopsicossocial, a deficiência não mais está atrelada à doença.

Para este, o foco passa a ser a sociedade, posto que é o meio social que deve ser adaptado e acessível para todos, permitindo a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade em igualdade de condições.

Nessa ótica, como supramencionado, influenciado pelas reformas psiquiátricas internacionais, em meados de 1970, a realidade dos hospitais psiquiátricos brasileiros ganhou visibilidade. Aliado a isso, diante das mudanças no cenário político nacional, com o fim da ditadura e a redemocratização, a sociedade brasileira ansiava por ter seus direitos assegurados (Oliveira *et al.*, 2020, p. 347).

Denúncias foram feitas, expondo o modo de tratamento imposto aos ditos “loucos”. Anteriormente, em 1961, o Hospital Colônia, detalha Daniela Arbex (2013), teve suas portas abertas, pela primeira vez, ao fotógrafo Luiz Alfredo Ferreira e ao repórter José Franco, que denunciaram as condições em que viviam os internos “do maior hospício do Brasil; delatando o sistema em que pessoas morreram vítimas do frio, da fome, de doenças sanitárias, de violência física e psicológica e do abandono” (Souza, 2021, p. 61).

Assim, em meio a esse cenário, juntamente com os movimentos sociais, emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, iniciando, então, a busca efetiva pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

## **2.1 O movimento antimanicomial no Brasil**

Após meados do século XX, a ruína estrutural e terapêutica das instituições psiquiátricas, de fato, tornou-se pública. A violação aos direitos humanos e o descaso com a vida dos pacientes, panorama da maioria dos hospícios no país, foram delatados, em 1978, pela Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Nesse cenário, surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro, visando mudanças na forma do tratamento psiquiátrico, de modo a alcançar uma assistência mais humanizada e melhores condições de trabalho (Fassheber; Vidal, 2007, p. 197). No mesmo ano de sua criação, em 1978, o referido movimento participou do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú, Santa Catarina, difundindo, assim, seus objetivos no âmbito nacional.

A partir de então, eventos importantes foram ocorrendo e propiciando o debate da temática da psiquiatria. No ano de 1979, as já mencionadas denúncias

em face dos hospícios foram se intensificando. Profissionais da área da saúde e da imprensa denunciaram a falência dos manicômios e a precariedade em que viviam seus internos.

Sob tal perspectiva, é viável citar “Os porões da Loucura”, reportagens de Hiram Firmino, publicadas no jornal Estado de Minas, que retirou do esquecimento o Hospital Colônia, depois de quase dezoito anos dos relatos de Luiz Alfredo e José Franco. Paralelamente, em julho de 1979, “Franco Basaglia visita o Brasil e conhece o Hospital; demonstra perplexidade com o quadro da instituição e compara-a a um campo de concentração nazista” (Fassheber; Vidal, 2007, p. 198).

Além disso, ocorreu, ainda, do dia 15 a 21 de novembro de 1979, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, Minas Gerais, que, contando com a participação de figuras renomadas da psiquiatria mundial, tais como, Franco Basaglia e Robert Castel, discutiu propostas de reforma das instituições psiquiátricas, sendo considerado um marco para a luta antimanicomial, sobretudo, acrescido do quadro político brasileiro da época (Silva; Goulart, 2011).

No início da década de 1980, o Brasil passava por uma abertura política lenta e gradual, período em que alvoreceu no país os anseios democráticos, trazendo enfoque para os direitos fundamentais, dentre eles, a saúde (Oliveira *et al.*, 2020, p. 347). Nesse momento, em geral, as pessoas com doenças mentais passaram a ser vistas como seres humanos, e não mais como indivíduos que, em razão de sua “periculosidade” e individualidade, devem ser controlados e discriminados socialmente.

Assim, em 1980, as teses de reestruturação da assistência psiquiátrica, apresentadas no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, começaram a ser implementadas (Arbex, 2013, p. 210). A desinstitucionalização torna-se um plano a ser concretizado, principalmente, quando unido aos altos gastos com as internações manicomiais:

Diante dos dados preocupantes que demonstravam um crescimento intenso nos procedimentos de internação psiquiátrica o qual representava o terceiro maior gasto em internações do país se desenvolveram iniciativas pioneiras que contrapunham os modelos de assistências psiquiátricas vigentes (Oliveira *et al.*, 2020, p. 347).

Nos anos que se seguiram, a luta antimanicomial continuou intentando contra as restrições sociais e a estrutura institucional que oprimia, humilhava e segregava

as pessoas com doenças mentais. Assim, seguindo uma proposta de radicalização do movimento, em dezembro de 1987, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, trazendo como lema a extinção dos manicômios, e dando origem à Carta de Bauru, que estabelece que:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Brasil, 1987).

No mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, “junto à inscrição da proposta do Sistema único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988” (Figueiredo *et al.*, 2014, p. 129). O novo diploma constitucional brasileiro pretendia ampliar e assegurar em seu texto os direitos essenciais, precipuamente, com observância ao princípio da igualdade.

Ante o exposto, evidencia-se que todos os acontecimentos abordados anteriormente, bem como vários outros que foram realizados no país, aproximadamente, a partir dos anos de 1970 e 1980, resultaram na chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira e contribuíram, ativamente, no processo de redemocratização nacional, que culminou na promulgação da Constituição Cidadã de 1988, e no resgate da cidadania das pessoas com doenças mentais:

A principal ferramenta de concretização da democracia é o exercício da cidadania, no caso do objeto deste estudo, a reforma psiquiátrica visa reinserir o doente mental na sociedade, cuja inclusão já é possibilitada através de mecanismos que tratam o indivíduo portador de algum transtorno mental como sujeito de direitos (Lima; Neto, s.d., p. 12).



Dessarte, sucessivamente, legislações concernentes à saúde mental foram criadas, garantindo, portanto, direitos a esses novos sujeitos. A doença mental que antes era vista por um viés quase que estritamente biológico, passou a ser enxergada sob prisma político e social, objetivando a inclusão dessas pessoas na sociedade, que voltaram a ter sua própria identidade.

## 2.2 Evoluções legislativas brasileiras

No final dos anos de 1980, com o fim da ditadura militar e a restauração da democracia no Brasil, o movimento antimanicomial ganha mais força, momento em que transformações começam a ser vistas na esfera legislativa nacional. Sob esse prisma, a Constituição da República de 1988, em seu artigo 196, dispõe que:

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.

Salienta-se, então, que o referido diploma legal trouxe em seu texto a saúde como um direito fundamental (Oliveira *et al.*, 2020, p. 348). Por conseguinte, em 1990, houve a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que ocasionou a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Federal nº 8.080/1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990), e da Lei Federal nº 8.142/1990, responsável por regulamentar a participação da sociedade “na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990).

No mesmo ano, outro importante evento é realizado em Caracas, na Venezuela, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que originou a Declaração de Caracas, em que os países participantes, dentre eles o Brasil, comprometeram-se em dar iniciativa a tal processo (Figueiredo *et al.*, 2014, p.

131), promovendo, assim, a mudança da assistência psiquiátrica asilar para modelos diversos, de forma a reinserir os doentes mentais no meio social.

No entanto, no ano anterior, em 1989, com o Projeto de Lei nº 2.657/1989, aspirando a extinção dos manicômios, começou a ser delineada uma das principais conquistas da reforma psiquiátrica brasileira, a Lei Paulo Delgado, também chamada de Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial. Sancionada após mais de dez anos tramitando no Congresso, a Lei nº 10.216/2001, colocou os direitos humanos como centro do debate envolvendo a saúde mental no país (Lima; Neto, s.d, p. 05).

À vista disso, a aludida lei descreveu, em seu artigo 2º, os direitos atinentes às pessoas com doenças mentais:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Para mais, a Lei da Reforma Psiquiátrica promoveu o fechamento gradual das instituições psiquiátricas, abrindo caminho para a efetivação da desinstitucionalização encabeçada por Basaglia. Nessa perspectiva, o foco era a substituição, paulatinamente, do antigo modelo asilar para uma rede de serviços comunitários de atenção psicossocial.

Ainda assim, a referida lei prevê que em alguns casos a internação torna-se uma medida necessária e, por tal razão, especificou três categorias, a voluntária, a involuntária e a compulsória (Brasil, 2001). Mas, impôs em seu artigo 4º, que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, fixando, ainda, em seus parágrafos:

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

§2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no §2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Brasil, 2001).

Nessa toada, levando em consideração que muitas pessoas passaram a vida internadas nos hospícios, para essa transição foi necessário todo um trabalho de reconstituição da cidadania. Em razão da precariedade dos manicômios, em sua maioria, as pessoas internas desaprenderam a viver fora das instituições psiquiátricas, tendo de reaprender, inclusive, os hábitos de higiene básicos do dia a dia, “não pareciam meninos, mas bichos assustados. Estavam sujos, não sabiam comer, nem usar o banheiro. Passaram a infância sem receber estímulos, e, por isso, o quadro de deficiência agravou-se” (Arbex, 2013, p. 104).

E, para auxiliar no tratamento das pessoas com doença mental fora do hospital, o Ministério da Saúde criou as residências terapêuticas como forma de suporte a esses sujeitos, determinando que as casas fossem localizadas nos bairros, para oportunizar o contato com a população e sua reinserção na sociedade (Brasil, 2000), sendo elas criadas com o objetivo de:

As Residências Terapêuticas são moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas que em algum momento de suas vidas foram alcunhadas de "loucas" e se tornaram dependentes do chamado manicômio, privadas do convívio social e do seu direito de ir e vir. Deste modo, caracteriza-se como um serviço substitutivo, que visa o atendimento dos portadores de transtornos mentais egressos de longo período de internação psiquiátrica e que não possuem vínculo familiar e/ou suporte social. O processo de desinstitucionalização não deve ser compreendido como sinônimo de desospitalização, uma vez que se trata de um processo complexo, que demanda a implantação de uma rede de atenção comunitária à saúde mental sólida e integrada (Almeida; Cezar, 2016, p. 107).

Além disso, são criados, em 2002, os Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, colocando à disposição dos pacientes uma equipe de profissionais diversificada, de maneira a propiciar um melhor acolhimento (Brasil, 2002).

Seguindo na busca por políticas públicas de saúde que cuidem, amparem e integrem as pessoas com doenças mentais no meio social, ao invés de isolá-las e excluí-las, em 31 de julho de 2003, é promulgada a Lei nº 10.708. A Lei do Programa

de Volta Para Casa instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, que estabeleceu o pagamento mensal àquelas pessoas com doenças mentais advindas das internações manicomiais com duração igual ou superior a dois anos, como forma de apoio à sua reintegração social (Brasil, 2003).

Outrossim, em 30 de março de 2007, em Nova Iorque, é realizada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, que foi aprovada pelo Congresso Nacional através do Decreto Legislativo nº 186/2008, e promulgada em 25 de agosto de 2009, mediante o Decreto nº 6.949.

Este Decreto, que foi o primeiro a ter aprovação nos moldes do §3<sup>o1</sup>, do artigo 5º, da Constituição da República de 1988, faz com que a referida convenção seja equivalente à emenda constitucional (Brasil, 1988), e, em razão disso, é um direito fundamental das pessoas com deficiência. Contudo, somente por meio da Lei nº 13.146/2015, que a Carta de Nova Iorque foi realmente efetivada e regulamentada infraconstitucionalmente.

Publicada em 06 de julho de 2015, a Lei nº 13.146 instituiu a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD), é “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Brasil, 2015).

O Estatuto da Pessoa com Deficiência entrou em vigor em janeiro de 2016, trazendo em seu artigo 2º a definição legal para o termo deficiência, estipulando:

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.

Sobre a temática do conceito de deficiência, é de suma importância evidenciar, novamente, a mudança do modelo médico para o social, que tem grande preocupação com os vocábulos. Isso pois, enquanto no modelo médico a deficiência era vinculada ao corpo lesionado, no modelo social é necessário a cautela no vocabulário, dado que palavras também são meios de opressão e exclusão, razão

---

<sup>1</sup>§3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

pela qual visava a mudança de foco da lesão para as barreiras sociais enfrentadas (Diniz, 2007, p. 16-19).

Nesse sentido, essas alterações protagonizadas pelo modelo social são vislumbradas no artigo supracitado. E, vale frisar que a partir dessas transformações não é mais possível fazer uma presunção de incapacidade sem uma análise casuística, de modo que não se pode “confundir deficiência com ineficiência. Uma pessoa com deficiência pode exercer seu direito ao trabalho em igualdade de condições com as demais pessoas, desde que não existam barreiras que a impeçam de praticar tal atividade” (Sampaio; Talarico, 2019, p. 237).

Além disso, o artigo 2<sup>o</sup> traz o conceito apresentado pela Carta de Nova Iorque, em seu artigo 1<sup>o</sup>, em que diz que para existir a deficiência é preciso haver um impedimento de longo prazo, seja de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que acarreta em dificuldades na efetiva participação das pessoas, diante das barreiras sociais impostas (Brasil, 2009). Com isso, pode-se dizer que a doença nem sempre será considerada como causa da deficiência, posto que, independente de determinações clínicas, não havendo impasses sociais para a participação em iguais condições, não há deficiência.

Ademais, o citado Estatuto acarretou mudanças consideráveis no Código Civil brasileiro, notadamente no que diz respeito ao regime das incapacidades. Isso porque, de acordo com a nova legislação, diferentemente do que era determinado pelo Código Civil de 2002, a deficiência não é mais vista como causa do afastamento da capacidade civil plena dos indivíduos com doenças mentais, conforme dispõe seus artigos 6<sup>o</sup> e 84:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:  
 I - casar-se e constituir união estável;  
 II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;  
 III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

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.

[...]

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

Dessa forma, as pessoas com deficiência são retiradas do rol dos absolutamente incapazes, sendo consideradas, conseqüentemente, plenamente capazes para os atos da vida civil, até mesmo para os patrimoniais e os existenciais. E essa alteração evidencia o direito à singularidade desses indivíduos, isto é:

Esse direito perpassa pela concepção que a pessoa humana, em sua perspectiva existencialista, tem a prerrogativa de ser diferente. E essa peculiaridade não pode sob qualquer hipótese gerar a incapacidade jurídica da pessoa cuja característica marcante possuir uma deficiência (Trindade, 2016, p. 73).

Não obstante, essas modificações não significam, necessariamente, que as pessoas com doenças mentais nunca terão sua capacidade civil limitada, posto que elas podem vir, sim, a serem vistas como relativamente incapazes, quando não puderem manifestar a sua vontade, circunstância em que serão submetidas à curatela (Requião, 2016, p. 05).

É notável, portanto, que todas essas implicações da Lei nº 13.146/2015 em relação à teoria das capacidades fazem jus a uma análise particular quanto aos seus reflexos e seu modo de resguardar as pessoas com doenças mentais.

### **2.3 A teoria das capacidades**

De acordo Maria Helena Diniz (2022), dentre os sentidos existentes para a noção de personalidade, tem-se que a pessoa, tanto natural, a partir do nascimento com vida, quanto jurídica, com o registro de seu ato constitutivo ou de sua criação legal, possui personalidade, ou seja, tem aptidão para ser titular de direitos e obrigações, sendo a capacidade considerada como uma “medida jurídica da personalidade” (Diniz, 2022, p. 17).

São consideradas capazes aquelas pessoas que conseguem se autodeterminar e manifestar sua vontade com discernimento, de forma livre e

consciente, nas tomadas de decisão, exercendo, desse modo, a sua autonomia de maneira eficaz (Souza, 2022, p. 809).

Destarte, há duas modalidades de capacidade. O Código Civil de 2002, em seu artigo 1º, dispõe numa perspectiva universal que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”, e tal concepção diz respeito à capacidade de direito ou de gozo. Enquanto a capacidade de fato, por outro lado, refere-se ao exercício, por si só, de um direito, é a faculdade dos indivíduos de praticar os atos da vida civil (Tepedino; Oliva, 2023, p. 111).

Todavia, existem algumas restrições, todas advindas da lei, à capacidade de fato, que é quando o sujeito é considerado incapaz para realizar determinados atos, frisando que a incapacidade não se confunde com proibição legal, posto que é um impedimento (Diniz, 2022, p. 17). Consequentemente, “a capacidade civil é a regra” (Souza, 2022, p. 809) e a incapacidade é a exceção.

Isso posto, a incapacidade é um sistema jurídico de proteção para aquelas pessoas que não possuem capacidade de fato, seja ela ao todo ou em parte. Nessa ótica, se avista dois graus de incapacidade, a absoluta, que é quando a pessoa não tem capacidade para a prática dos atos da vida civil, devendo ser representada, pois, caso contrário, a sua manifestação de vontade será considerada nula. E a relativa, em que a pessoa incapaz, por si só, pode praticar tais atos, mas desde que assistidos, sob pena de anulabilidade (Tepedino; Oliva, 2023, p. 113).

O regime das incapacidades, como já afirmado, deve visar a proteção da pessoa sem ocasionar, entretanto, a extinção de sua autonomia. O texto original do Código Civil de 2002, manteve as mesmas deliberações do antigo diploma legal de 1916, indo na contramão da realidade social instituída após a vigência da Constituição da República de 1988, conservando no cerne do instituto das incapacidades as questões patrimoniais (Souza; Silva, 2017, p. 296).

Nessa toada, para o Código Civil de 2002 os critérios para a determinação da capacidade civil eram o etário e o nível de discernimento. Logo, eram considerados absolutamente incapazes, na redação original de seu artigo 3º:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

I – os menores de 16 (dezesesseis) anos;

II – os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;

III – os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade;

Já os relativamente incapazes, que detinham parcial fruição dos atos civis, dispostos no antigo artigo 4º, eram:

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

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

II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;

III – os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;

IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial.

É possível observar na redação originária que os chamados doentes mentais eram considerados incapazes para o Direito Civil, uma vez que, a depender de seu discernimento, eram classificados na incapacidade absoluta ou relativa, não existindo para esses sujeitos a condição de plenamente capazes.

Porém, como já mencionado anteriormente, com o advento da Lei nº 13.146/2015, o Código Civil de 2002 sofreu mudanças. A redação atual do artigo 3º, que diz respeito à incapacidade absoluta, abarca apenas os menores de 16 (dezesseis) anos, que devem ser representados nos atos da vida civil.

No que se refere ao rol dos relativamente incapazes, a diferença do texto do artigo 4º vigente para o antecedente, é que, além de agora abranger “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”, que estavam previstos no inciso III, do artigo 3º, foram retirados de seu rol os “deficientes mentais” sem discernimento ou com este reduzido, de modo que:

O que a LBI/EPD traz é a despatologização da incapacidade. Ora, a doença não é causa necessária de deficiência, nem aquela e nem essa, por si só, são causa de incapacidade. Seu grande avanço foi, de fato, retirar de uma vez por todas do ordenamento jurídico a possibilidade de ligar o transtorno e a deficiência mental como critério, por si só, de incapacidade e garantir o exercício da capacidade na maior medida (Souza, 2022, p. 809).

Em vista disso, desde a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, em consonância com o Código de Processo Civil de 2015, para que uma pessoa seja considerada incapaz é necessário um diagnóstico feito por uma equipe multidisciplinar, por meio de uma avaliação biopsicossocial (Brasil, 2015).



Assim, mesmo não existindo no Código Civil atual a incapacidade absoluta derivada da saúde mental, uma vez que a falta de discernimento total é reconhecida, torna-se cabível a representação (Souza, 2022, p. 814-815). Noutra giro, caso parcial, objetivando a proteção e o incentivo à autodeterminação, o §1º, do artigo 84, da Lei nº 13.146/2015, preceitua que “quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei”.

Há, ainda, casos em que a pessoa com deficiência, mesmo tendo autonomia e sendo plenamente capaz para o exercício dos atos da vida civil, encontra alguns obstáculos para a realização destes, fazendo uso, desse modo, da tomada de decisão apoiada, como prevê o artigo 1.783-A<sup>4</sup>, do Código Civil.

Para mais, no que concerne às alterações ocorridas no Código Civil citadas acima, é crucial evidenciar a proposta de *lege ferenda* do referido diploma legal, isto é, sugestões de normas para a modificação do Código Civil atual, visando a adaptação da legislação à sociedade contemporânea, como forma de solução de conflitos encontrados na experiência prática (Brasil, 2024, p. 279).

Dessa forma, no relatório final apresentado pela Comissão de Juristas responsável pelas propostas de atualização do Código Civil, as mudanças abordadas anteriormente sobre os artigos 3º e 4º se tornaram pauta. Isso porque considerou ser necessário recuperar a proteção que era “destinada àqueles que não estiverem em condições de exprimir sua vontade”, de modo a tornar o Código harmônico com os ideais do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2024, p. 280).

Seguindo as propostas elencadas pelo relatório, “aqueles que por nenhum meio possam expressar sua vontade, em caráter temporário ou permanente”, voltam ao rol dos absolutamente incapazes, enquanto “aqueles cuja autonomia estiver prejudicada por redução de discernimento, que não constitua deficiência, enquanto perdurar esse estado”, são incluídos aos relativamente incapazes, no lugar dos ébrios habituais e viciados em tóxicos (Brasil, 2024, p. 05). Além disso, constitui o texto do parágrafo único, do artigo 4º:

---

<sup>4</sup> Art. 1.783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

Parágrafo único. As pessoas com deficiência mental ou intelectual, maiores de 18 (dezoito) anos, têm assegurado o direito ao exercício de sua capacidade civil em igualdade de condições com as demais pessoas, observando-se, quanto aos apoios e às salvaguardas de que eventualmente necessitarem para o pleno exercício dessa capacidade, o disposto nos arts. 1.767 a 1.783 deste Código (Brasil, 2024, p. 06).

Como visto, a proposta de *lege ferenda* de alteração do Código Civil busca dar uma maior eficácia ao texto legal. Por conseguinte, quanto a todas as evoluções já trazidas pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência na teoria das capacidades, é nítido o cuidado para a conservação da capacidade das pessoas com doenças mentais para o exercício de sua autonomia, garantindo, quando necessário, o devido apoio em suas decisões.

## **2.4 As internações em caso de doenças mentais**

Antes de partir para uma análise da autonomia, é necessário detalhar os tipos de internações previstas no ordenamento jurídico nacional, mais especificamente na Lei nº 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei, como supracitado, limitou as internações psiquiátricas às situações extremas, isto é, quando os meios de tratamento fora dos hospitais não forem suficientes (Brasil, 2003).

Tal ressalva é de suma importância ao levar em consideração a trajetória da saúde mental no Brasil, que foi esmiuçada nos tópicos anteriores. Isso porque, como visto, antes do movimento antimanicomial as internações eram legitimadas graças ao discurso da periculosidade dos doentes mentais, o que validava o controle social desses sujeitos e, conseqüentemente, sua segregação social.

Assim, as internações nos institutos psiquiátricos eram uma via de marginalização dos indivíduos tidos como indesejáveis sociais, que, uma vez que adentravam nos hospitais, perdiam sua condição de humano, sua personalidade, e sua capacidade para manifestar sua vontade.

Perante esse cenário, após a Constituição da República de 1988, em que a saúde passou a ser considerada como um direito fundamental, bem como diante do Sistema Único de Saúde que reafirmou a saúde como um valor autenticado pela justiça social, a Lei nº 10.216/2001 buscou regimentar os princípios da Reforma Psiquiátrica (Fortes, 2010, p. 322).

Por conseguinte, a Lei da Reforma Psiquiátrica, em seu artigo 6º, instituiu três modalidades de internações psiquiátricas, que só ocorrem com a apresentação de “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, quais sejam: a voluntária (IPV), em que há o consentimento livre e esclarecido do paciente; a involuntária (IPI), que, diante da ausência do assentimento do sujeito, é feita a partir de um pedido de uma terceira pessoa; e a compulsória (IPC), que é realizada a partir de uma ordem judicial.

Para mais, o §1º, do artigo 8º, do mesmo diploma legal, frisa que, em relação às internações involuntárias, estas deverão ocorrer mediante comunicação ao Ministério Público Estadual, no prazo de 72 (setenta e duas) horas, devendo “esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta”. E, seu §2º dispõe sobre o término da internação, que “dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento”.

Além desses tipos de internações previstas na Lei da Reforma Psiquiátrica, a Portaria nº 2.391/2002, do Ministério da Saúde, trouxe uma quarta categoria, que é a Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI), disposta no parágrafo terceiro<sup>5</sup>, de seu artigo 3º. Nesta, a internação que iniciou voluntária transforma-se em involuntária, diante da discordância de sua manutenção pelo paciente.

Dito isso, é importante ressaltar que, a fim de garantir a segurança das pessoas, o Código de Ética Médica estabeleceu alguns princípios básicos que devem ser observados na relação médico-paciente, são eles: o da beneficência, em que o médico deve atuar, apenas, em prol do paciente; o da não maleficência, ou seja, é dever do profissional da saúde não prejudicar os sujeitos; o da justiça, isto é, não discriminação; e o já mencionado princípio da autonomia, que torna salutar o respeito à independência dos pacientes (Fortes, 2010, p. 326).

Por oportuno, é válido pontuar que tais princípios são um conjunto principiológico da bioética, que estão dispostos no Relatório de Belmont, e são considerados mais como valores do que imperativos. São comandos abertos que visam potencializar o bem, orientando experimentações com seres humanos no

---

<sup>5</sup> §3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

intuito de protegê-los, bem como servem como fundamento para o Biodireito e os princípios jurídicos (Sá; Naves, 2023, p. 17-28).

Assim, ao regulamentar as internações, tanto a Lei nº 10.216/2001 quanto os outros dispositivos supracitados, buscam tutelar o direito à dignidade humana dos internos, além de garantir a autonomia dessas pessoas diante dos procedimentos médicos, a fim de se evitar as atrocidades do passado.

### **3 A AUTONOMIA**

Agir com autonomia, em geral, significa dizer que determinada pessoa praticou um ato de forma livre, isto é, sem qualquer imposição de outrem, tendo conhecimento de suas ações e expressando sua vontade. Por conseguinte, alguns teóricos exploraram a temática da autonomia e originaram outros conceitos.

Dentre eles está Immanuel Kant, que de acordo com as discussões de Raquel Rosan Christino (1997, p. 73), definiu autonomia como fundamento para a ética, sendo o elemento central relacionado à ação do ser humano em consonância com a razão e a moralidade. Para ele, autonomia é a capacidade de um sujeito de se autodeterminar, “é governar-se por si mesmo” (Christino, 1997, p. 73).

Outro pensador a discorrer sobre a autonomia é John Stuart Mill, que seguindo a compreensão de Andrea Aldrovandi e Maria Cláudia Crespo Brauner (2017, p. 460-461), apresenta uma concepção focada na liberdade individual dos sujeitos, impondo como limite à autonomia pessoal o respeito aos direitos e bem-estar do outro, em outros termos, “essa liberdade de agir segundo a própria vontade sofre limitações quando a ação atinge terceiros” (Aldrovandi; Brauner, 2017, p. 460-461).

Outrossim, tal princípio deve ser observado em várias áreas, incluindo no que concerne às pessoas com doenças mentais, em especial no que se refere às internações, em que a autonomia dos pacientes deve ser respeitada e protegida, como será abordado posteriormente.

Para uma compreensão mais aprofundada do tema autonomia, é importante observar que ela é um pressuposto de existência tanto da Bioética quanto do Biodireito, disciplinas que, embora inter-relacionadas, possuem enfoques diferentes (Sá; Naves, 2023, p. 02). Diante disso, é mister pormenorizar duas vertentes que abordam a autonomia em dimensões mais específicas, quais sejam, a autonomia bioética e a autonomia biojurídica.

#### **3.1 Autonomia Bioética**

À medida em que as práticas médicas e biológicas foram evoluindo, surgiram diversos questionamentos acerca de seus limites, especialmente no que diz respeito

à ética. Em resposta a isso, emergiu a Bioética, trazendo como uma das questões centrais a autonomia, sobretudo a do paciente (Sá; Naves, 2023, p. 02-04).

De acordo com Mário Antonio Sanches (2004, p. 18-23), embora utilizado, pioneiramente, pelo oncologista Van Rensselaer Potter, houve dificuldades para definir o termo Bioética, que é um ramo autônomo da ética. Contudo, para ele, restou compreendido que Bioética é “a avaliação (a ética) da ação (determinado tipo de técnica) sobre a vida (compreendida em toda a sua complexidade)”.

Na mesma linha, Maria de Fátima Freire de Sá e Bruno Torquato de Oliveira Naves (2023, p. 19), definem a Bioética como a disciplina responsável pelo estudo das ações humanas, analisada sob a ótica dos valores morais e sociais, no campo das ciências biológicas, com o intuito de formular justificativas racionais, como forma de fundamentação de valores e princípios.

Nesse contexto, o Relatório de Belmont, de 1978, elaborado pela Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos de Pesquisa Biomédica e Comportamental, é considerado como marco ao sistematizar os princípios bioéticos que orientam as práticas envolvendo os seres humanos, como previamente referido. Dentre os quais, o princípio da autonomia é reconhecido como um dos princípios básicos (Velasquez; Souza, 2020, p. 10).

A autonomia bioética foi criada para ser exercida na vertente do paciente, com o propósito de protegê-lo diante das práticas médicas, assegurando a sua liberdade para se autodeterminar e decidir, por intermédio da manifestação de sua vontade discernida, sem interferências externas, sobre quais intervenções permite que ocorram em seu corpo (Sá; Naves, 2023, p. 61).

Tal princípio foi repaginado pela Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, posto que passou a ter um caráter mais personalíssimo, reconhecendo a dimensão social como pertencente à Bioética, que serve de instrumento de efetivação dos direitos humanos, resultando em conquistas para o campo da saúde e da inclusão social:

O teor da Declaração muda profundamente agenda da bioética do Século XXI, democratizando-a e tornando-a mais aplicada e comprometida com as populações vulneráveis, as mais necessitadas. O Brasil e a América Latina mostraram ao mundo uma participação acadêmica, atualizada e ao mesmo tempo militante nos temas da bioética, com resultados práticos e concretos, como é o caso da presente Declaração, mais um instrumento à disposição da democracia no sentido do aperfeiçoamento da cidadania e dos direitos humanos universais (UNESCO, 2005).

De tal maneira, o artigo 5º da supracitada Declaração correlaciona o exercício da autonomia com a responsabilidade individual, salientando que:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia (UNESCO, 2005).

E, como complemento, o artigo sexto expõe que esse exercício deve ser precedido do consentimento, sendo uma anuência consciente e informada, em relação aos tratamentos, procedimentos, pesquisas ou intervenções médicas realizadas nos corpos das pessoas, determinando que:

- a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifesto e poder ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito.
- b) A pesquisa científica só deve ser realizada com o prévio, livre, expresso e esclarecido consentimento do indivíduo envolvido. A informação deve ser adequada, fornecida de uma forma compreensível e incluir os procedimentos para a retirada do consentimento. O consentimento pode ser retirado pelo indivíduo envolvido a qualquer hora e por qualquer razão, sem acarretar qualquer desvantagem ou preconceito. Exceções a este princípio somente devem ocorrer quando em conformidade com os padrões éticos e legais adotados pelos Estados, consistentes com as provisões da presente Declaração, particularmente com o Artigo 27 e com os direitos humanos.
- c) Em casos específicos de pesquisas desenvolvidas em um grupo de indivíduos ou comunidade, um consentimento adicional dos representantes legais do grupo ou comunidade envolvida pode ser buscado. Em nenhum caso, o consentimento coletivo da comunidade ou o consentimento de um líder da comunidade ou outra autoridade deve substituir o consentimento informado individual (UNESCO, 2005).

Além do mais, o artigo 7º, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, abrange os casos em que uma pessoa não tem capacidade para expressar o seu consentimento, estipulando que as decisões referentes a ela devem ser tomadas em detrimento ao melhor interesse da pessoa e com observância ao ordenamento jurídico nacional:

- a) a autorização para pesquisa e prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional. Não obstante, o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível,

tanto no processo de decisão sobre consentimento assim como sua retirada;

b) a pesquisa só deve ser realizada para o benefício direto à saúde do indivíduo envolvido, estando sujeita à autorização e às condições de proteção prescritas pela legislação e caso não haja nenhuma alternativa de pesquisa de eficácia comparável que possa incluir sujeitos de pesquisa com capacidade para fornecer consentimento. Pesquisas sem potencial benefício direto à saúde só devem ser realizadas excepcionalmente, com a maior restrição, expondo o indivíduo apenas a risco e desconforto mínimos e quando se espera que a pesquisa contribua com o benefício à saúde de outros indivíduos na mesma categoria, sendo sujeitas às condições prescritas por lei e compatíveis com a proteção dos direitos humanos do indivíduo. A recusa de tais indivíduos em participar de pesquisas deve ser respeitada (UNESCO, 2005).

Desse modo, é possível contemplar que o princípio da autonomia bioética ocasionou mudanças na relação médico-paciente, que deixou de ser baseada em um caráter mais autoritário e permitiu a participação das pessoas no processo de tratamento, almejando, assim, interações transparentes, “permitindo que o paciente tenha o máximo de informações antes de decidir” (Sá; Naves, 2023, p. 26).

É patente que, conforme discutido, a autonomia para a Bioética está associada, intrinsecamente, às práticas médicas e aos cuidados da saúde, como forma de garantia do respeito à dignidade e à liberdade do paciente. E, dando continuidade, será abordado a autonomia sob o ponto de vista do Biodireito, em que é interpretada e regulamentada através de parâmetros legais e normativos.

### **3.2 Autonomia Biojurídica**

Ramo do direito, o Biodireito constitui um campo emergente no que diz respeito ao universo jurídico, não tendo, ainda, se consolidado nos cursos de Direito nacionais ou, até mesmo, nas doutrinas. Tal disciplina encontra na Bioética a sua base de fundamentação, tendo seu nascimento advindo de preocupações éticas, de casos sem soluções jurídicas (Sá; Naves, 2023, p. 02-07).

Diante dessas apreensões, com a finalidade de fazer frente às evoluções médicas e biotecnológicas, o Biodireito busca lidar com a teoria, o ordenamento jurídico e as jurisprudências relacionadas às normas de regulamentação da conduta humana (Borges *et. al*, 2014, p. 107).

De forma semelhante, conforme discutido por Jussara Suzi Assis Borges Nasser Ferreira (s.d., p. 09), o Biodireito pode ser concebido como sendo um conjunto de normas dispersas, que visa “regular as atividades e relações



desenvolvidas pelas biociências e biotecnologias, com o fim de manter a integridade e a dignidade humana frente ao progresso, benefício ou não, das conquistas científicas em favor da vida”.

Quanto aos princípios biojurídicos, diferentemente da Bioética, no Biodireito não há um documento elencando-os, sendo divididos de acordo com a abrangência de sua atuação e a extensão de seu conteúdo (Sá; Naves, 2023, p. 28). Dentre os seus princípios, está a autonomia biojurídica.

O exercício da autonomia biojurídica ocorre por meio da autonomia privada existencial, que, por sua vez, é exercida através da manifestação da vontade, que deve ser discernida, tanto no tocante aos pacientes, em relação à capacidade de compreensão, de autodeterminação e expressão livre e esclarecida, quanto no que tange à manifestação dos médicos e pesquisadores. Isso porque, “trata-se de princípio biojurídico, que legitima às atuações bio-médico-científicas em relação às pessoas” (Souza, 2020, p. 59).

Ou seja, a autonomia biojurídica é a expressão da liberdade de autodeterminar suas escolhas, inclusive nas deliberações ligadas ao próprio corpo, decorrendo, como acima apontado, da manifestação da vontade discernida. Com isso, é possível interpretar que a fruição da autonomia tem que ser livre de qualquer imposição, com o devido conhecimento da decisão, bem como com a vontade manifestada de forma discernida, para que o indivíduo saiba sobre o ato, como, por exemplo, quais são seus riscos, suas consequências e sua finalidade.

Para o Biodireito, o consentimento nos procedimentos bio-médico-científicos deve ser expressado, previamente, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que, via de regra, deve possuir “informações completas, com a utilização de linguajar compreensível” (Sá; Souza, 2021, p. 62). Por essa razão, é pressuposto para o exercício da autonomia que as pessoas tenham personalidade e capacidade (Souza, 2020, p. 59).

À vista disso, quanto à autonomia das pessoas com doença mental, considerando que, como exposto anteriormente, para o ordenamento jurídico nacional elas são consideradas plenamente capazes, podendo exercer, por si só, os atos da vida civil, a tomada de decisão sobre assuntos médicos e científicos cabe, então, à elas mesmas, por meio do termo supraindicado.

Apesar disso, nas situações em que não puderem manifestar seu consentimento por se sentirem incapazes, essas pessoas podem fazer uso da

Tomada de Decisão Apoiada (TDA), descrita no artigo 1.783-A<sup>6</sup>, do Código Civil, mas sempre levando em consideração o melhor interesse do indivíduo, como prevê o artigo sétimo, da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, apresentada no tópico anterior.

Noutro giro, caso a incapacidade seja maior, o instituto que o Direito das Famílias traz para a proteção e promoção dessas pessoas é a curatela. Desse modo, Maria de Fátima Freire de Sá e Lara Antunes de Souza (2021, p. 62), salientam que, em que pese a restrição legal da curatela recair sobre as causas existenciais, não havendo o discernimento necessário para se autodeterminar, não é afastado a possibilidade de que, excepcionalmente, o curador tome decisões desse caráter, desde que “sempre em seu nome, (re)construindo sua vontade, e em benefício do incapaz”.

Em conclusão, a autonomia biojurídica pode ser considerada como um alicerce fundamental de garantia da proteção dos direitos individuais no que diz respeito às decisões bio-médico-científicas, respeitando o direito à autodeterminação sobre a vida e o bem-estar. Ademais, quando necessário, há mecanismos jurídicos que dão suporte às pessoas para o exercício de sua autonomia, visando assegurá-las na tomada de decisão, tais como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a Tomada de Decisão Apoiada (TDA) e a Curatela, que serão exploradas nos próximos capítulos.

### **3.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) busca promover a integridade e a supervisão das práticas bio-médico-científicas, refletindo um compromisso com a ética e resguardando os direitos humanos, por meio da proteção do exercício da autonomia dos pacientes, assim como dos médicos e pesquisadores. O termo mencionado é o meio pelo qual é externalizado o acordo de vontades para o desenvolvimento da relação contratual.

Previsto nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, e na Recomendação nº 01/2016, do Conselho Federal de Medicina, o Termo

---

<sup>6</sup> Art. 1.783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

de Consentimento Livre e Esclarecido abarca a efetivação das autonomias bioética e biojurídica. Isso porque, elas preconizam a necessidade da manifestação de vontade discernida, que foi explicada acima (Sá; Souza, 2021, p. 60-64).

Assim sendo, o consentimento livre e esclarecido é de suma importância e envolve todo um processo, indo além de um simples termo. É um procedimento que engloba os médicos e os pacientes, em que deve ocorrer a interação e o compartilhamento de informações entre eles, promovendo uma maior participação dos indivíduos na assistência à saúde e nas pesquisas com seres humanos (Castro *et. al*, 2020, p. 523).

Em relação à forma de obtenção do consentimento livre e esclarecido, o artigo 107<sup>7</sup>, do Código Civil, prevê que será válida qualquer forma de manifestação de vontade, salvo quando a lei exija expressamente. Ou seja, usualmente, sua forma é livre, podendo ocorrer, inclusive, oralmente.

Contudo, é necessário ter cuidado com a maneira escolhida para se ter tal consentimento, tendo em vista que a ausência de formalidade e rigidez pode acarretar em fragilidades quanto à sua existência, ocasionando eventual responsabilização civil (Sá; Souza, 2021, p. 67).

Diante disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser explicativo e, preferencialmente, escrito. E este é o posicionamento do Conselho Federal de Medicina na Recomendação nº 01/2016, ao ressaltar que, para fins comprobatórios da anuência dos sujeitos e de como se deu a sua obtenção, “não há dúvidas de que o consentimento escrito é o que melhor se presta a tal” (Conselho Federal de Medicina, 2016, p. 23).

Ainda na referida recomendação, consta que, nos casos em que não for escolhida a forma escrita para a obtenção do consentimento livre e esclarecido, para se resguardar de possíveis complicações, o profissional da saúde pode solicitar a presença de testemunhas no momento da manifestação da vontade (Conselho Federal de Medicina, 2016, p. 23).

Há a previsão, também, de situações atípicas em que o consentimento livre e discernido pode não ocorrer, sendo elas: “emergências, possibilidade de danos psicológicos graves, recusa do paciente de receber informação, tratamento compulsório, riscos para a saúde pública e pessoas com transtornos mentais”

---

<sup>7</sup> Art. 107. A validade da declaração de vontade não dependerá de forma especial, senão quando a lei expressamente a exigir.

(Conselho Federal de Medicina, 2016, p. 29-30). Situações essas, em que deve prevalecer, precipuamente, os princípios da beneficência e da não maleficência, já explanados em acima.

Ademais, em relação ao conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o item IV.3, da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, elenca que, obrigatoriamente, ele deverá conter para a realização de pesquisas:

- a) justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, com o detalhamento dos métodos a serem utilizados, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou experimental, quando aplicável;
- b) explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados dessa participação e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, considerando características e contexto do participante da pesquisa;
- c) esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa;
- d) garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- e) garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa;
- f) garantia de que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes;
- h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Conselho Nacional de Saúde, 2012, p. 05-06).

De maneira similar, a Recomendação nº 01/2016, do Conselho Federal de Medicina, lista no item 9.1.3 o que deverá conter no termo diante da relação médico-paciente:

- a) Justificativa, objetivos e descrição sucinta, clara e objetiva, em linguagem acessível, do procedimento recomendado ao paciente;
- b) Duração e descrição dos possíveis desconfortos no curso do procedimento;
- c) Benefícios esperados, riscos, métodos alternativos e eventuais consequências da não realização do procedimento;
- d) Cuidados que o paciente deve adotar após o procedimento;
- e) Declaração do paciente de que está devidamente informado e esclarecido acerca do procedimento, com sua assinatura;
- f) Declaração de que o paciente é livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a seu cuidado;

- g) Declaração do médico de que explicou, de forma clara, todo o procedimento;
- h) Nome completo do paciente e do médico, assim como, quando couber, de membros de sua equipe, seu endereço e contato telefônico, para que possa ser facilmente localizado pelo paciente;
- i) Assinatura ou identificação por impressão datiloscópica do paciente ou de seu representante legal e assinatura do médico;
- j) Duas vias, ficando uma com o paciente e outra arquivada no prontuário médico (Conselho Federal de Medicina, 2016, p. 26).

O aludido Termo deve se atentar às especificidades de cada caso, detalhando as condições individuais das pessoas e tudo que ocorrerá no procedimento. E, a manifestação da vontade deve ser livre, sem coações, simulações, manipulações ou omissões, assim como desprovida dos defeitos tipificados no artigo 138<sup>8</sup>, do Código Civil (Oliveira *et al.*, 2010, p. 708-710).

Além disso, para também ter efetividade ele deve ser claro, de fácil compreensão, expor todos os riscos e benefícios, e, principalmente, ser adaptável à aptidão interpretativa de cada sujeito, pois “para exercer sua autonomia, o indivíduo deve receber informações de forma clara, precisa, com vocabulário simples e elucidação de possíveis dúvidas” (Castro *et al.*, 2020, p. 526).

Um aspecto importante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é que ele é aplicável às pessoas plenamente capazes, que têm personalidade jurídica e capacidade de, por si só, exercerem seus direitos (Oliveira *et al.*, 2010, p. 709-710). Dessarte, a partir do momento em que são sujeitas a uma pesquisa ou a um procedimento médico, manifestam, no exercício de sua autonomia, o seu consentimento através do referido termo.

Portanto, nos casos de relativamente ou absolutamente incapazes, o termo a ser utilizado é o TALE, isto é, Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. À vista disso, junto ao assentimento terá sempre de haver um consentimento do assistente ou do representante. Entretanto, deve ser considerada a autonomia dessas pessoas “na maior medida do possível” (Sá; Souza, 2021, p. 64-65)

Logo, é aparente que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serve como um limitador e legitimador da ação médica, bem como de garantidor do princípio da autonomia, respeitando o direito de voz dos sujeitos. Dessa forma, é possível vislumbrar que o referido termo se torna essencial no contexto das

---

<sup>8</sup> Art. 138. São anuláveis os negócios jurídicos, quando as declarações de vontade emanarem de erro substancial que poderia ser percebido por pessoa de diligência normal, em face das circunstâncias do negócio.

internações psiquiátricas, uma vez que ao assegurar aos pacientes a compreensão acerca dos motivos que os levaram àquele tratamento, além de respeitar sua autonomia, legítima as intervenções médicas, contribuindo para um processo ético e transparente nos procedimentos envolvendo a saúde mental.

### **3.4 Tomada de Decisão Apoiada e Curatela**

Institutos criados para trazerem certo equilíbrio entre a proteção e a autonomia das pessoas com deficiência, a Tomada de Decisão Apoiada e a Curatela são instrumentos jurídicos utilizados de acordo com a necessidade e as circunstâncias específicas de cada indivíduo, fornecendo o suporte crucial para a preservação dos direitos e dos interesses dessas pessoas.

A Tomada de Decisão Apoiada, que foi incluída no Código Civil atual pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, é a ferramenta requerida pela própria pessoa que sente necessidade de auxílio para a tomada de decisão nos atos da vida civil. No requerimento deverá ser indicado, expressamente, ao menos duas pessoas idôneas, que possuem conexão e confiança com o indivíduo, para que o ajudem no exercício de sua capacidade, através do fornecimento de informações pertinentes (Brasil, 2002).

Conforme o §1º, do artigo 1.783-A, do Código Civil, o referido pedido deve ser feito por meio de um termo, em que constará os limites desse apoio oferecido, os compromissos, o prazo de vigência e, em especial, “o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que deve apoiar”.

É relevante enfatizar que a Tomada de Decisão Apoiada depende de autorização judicial, estando seu processo disposto no §3º, do aludido artigo: “antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio”.

Essa exigência da via judicial foi criticada por Anderson Schreiber (2017), uma vez que, como já tem no ordenamento jurídico pátrio a possibilidade da curatela, a tomada de decisão apoiada, para vir a ser mais comumente utilizada, deveria ser informal e mais simples. Além de outras críticas do autor, evidencia-se, também, a da necessidade de oitiva do Ministério Público, que não tem fundamento

jurídico, por serem as pessoas com deficiência legalmente consideradas plenamente capazes.

Mesmo com as críticas, a Tomada de Decisão Apoiada é uma importante inovação legislativa que vai de encontro com a Carta de Nova Iorque alhures abordada. E, vale a pena destacar a diferença entre esse instituto e a curatela, posto que esta:

[...] se aplica às pessoas relativamente incapazes, que não conseguem exprimir a vontade. As pessoas portadoras de deficiência que conseguem manifestar suas vontades possuem autogoverno e são plenamente capazes, mas podem solicitar apoio nas suas decisões, sem limitação na sua capacidade de fato (Carvalho, 2023, p. 331).

Sendo assim, é perceptível que a Tomada de Decisão Apoiada oferece maior autonomia e respeito à vontade das pessoas com deficiência. E, nos termos do §9º, do artigo 1.783-A, do Código Civil, a própria pessoa apoiada pode pedir o fim desse instrumento, a qualquer momento.

A Curatela, por sua vez, constituída nos termos do §3º, do artigo 84, do Estatuto da Pessoa com Deficiência, é uma medida de proteção de caráter extraordinário, devendo ser “proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso”, além de ter o menor tempo de vigência possível.

Com essa compreensão, a curatela, instituto responsável pela proteção das pessoas maiores de idade, mas com incapacidades em certos atos da vida civil, tem o condão de dar assistência, por meio do curador, às pessoas relativamente incapazes em razão da saúde mental, dentre elas estão as pessoas com doenças mentais.

O curador pode ser escolhido pela própria pessoa (documental); de forma legítima, conforme dispõe o artigo 1.775<sup>9</sup>, do Código Civil; ou, na falta desses, nomeado pelo juiz (dativa) na forma do §3º<sup>10</sup>, do artigo 1.775, do Código Civil (Souza, 2022, p. 821-822). Fora a curatela compartilhada, que é uma novidade legislativa que encontra-se tipificada no artigo 1.775-A, do Código Civil atual, “na nomeação de curador para a pessoa com deficiência, o juiz poderá estabelecer curatela compartilhada a mais de uma pessoa”.

<sup>9</sup> Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito. §1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto. § 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

<sup>10</sup> §3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador.

Ademais, como forma de resguardar os indivíduos da ação do curador, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência previu em seu artigo 85, que:

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

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

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

§3º No caso de pessoa em situação de institucionalização, ao nomear curador, o juiz deve dar preferência a pessoa que tenha vínculo de natureza familiar, afetiva ou comunitária com o curatelado (Brasil, 2015).

Com efeito, em regra, o referido instituto tem influência apenas naqueles atos de natureza patrimonial e negocial, sendo assegurado os atos existenciais, os quais os curatelados, por intermédio de sua manifestação de vontade, possuem a capacidade de exercê-los sozinhos, inclusive quanto aos procedimentos e tratamentos médicos. Em virtude de a curatela não poder “culminar no aniquilamento da autonomia existencial do indivíduo perante o seio social” (Souza; Silva, 2017, p. 305).

Entretanto, como apresentado previamente, é possível que o curador realize a tomada de decisão de natureza existencial, de forma extraordinária, quando as pessoas com deficiência não conseguem expressar o seu discernimento. Caso em que o curador deverá atuar de modo a oferecer o maior benefício ao indivíduo.

Em seguimento, a curatela deve levar em consideração a reconstrução da vontade dos indivíduos, posto que, uma vez ausente a causa que a originou, tal instituto chega ao fim. Assim como ocorre nos casos de falecimento do curatelado ou de seu curador, caso em que ele será substituído, ou, ainda, diante de “causas supervenientes de impedimentos e escusas”, isto é, situações que surgem após a nomeação do curador e que pode vir a afetar o exercício da curadoria (Souza, 2022, p. 825).

Ante o exposto, é necessário enfatizar a importância do Estatuto da Pessoa com Deficiência e seus reflexos no Direito Civil nacional, tendo em vista que, além de tornar a curatela um instituto de proteção e promoção, ele impõe a sua observância ao princípio da autonomia. Todavia, ainda que busque garantir a autodeterminação das pessoas com deficiência, existem atritos que refletem na



efetiva aplicação da autonomia, especialmente, no contexto das internações não consensuais.

### **3.5 Autonomia *versus* internações não consensuais**

A saúde mental no Brasil, como abordado nos tópicos anteriores, encontra-se regulamentada em leis, portarias, resoluções e recomendações, que possuem observância e respeito à dignidade e aos direitos da pessoa humana. Consequentemente, o princípio da autonomia ganhou maior enfoque no contexto dos cuidados médicos, mas ainda encontra tensões no que diz respeito às pessoas com doenças mentais, em especial, em relação às internações não consensuais.

As pessoas com doença mental estão envoltas a preconceitos enraizados culturalmente, em que são vistas pela população como pessoas perigosas, violentas e incertas. São pessoas que devem ser evitadas socialmente, e foi esse ideário que favoreceu e legitimou, no passado, o encarceramento nas instituições psiquiátricas, sendo consubstanciado pela ideia de incurabilidade desses sujeitos, como expressa o dito popular “uma vez louco, sempre louco” (Fé, 2009, p. 03).

Cercado por essas questões sociais e morais, as pessoas com doenças mentais foram encaminhadas, por décadas, às instituições psiquiátricas asilares, onde eram marginalizadas e submetidas a tratamentos que, na prática, eram verdadeiras punições (Coutinho, 2019, p. 15). Assim, colocavam o tratamento psiquiátrico acima das vontades e gostos dessas pessoas, o que era, à época, eticamente e moralmente aceitável.

No entanto, diante da análise feita da saúde mental no Brasil ao longo dos anos, é possível perceber que “na verdade, se formos considerar os fatos de forma objetiva e isenta, vamos certamente constatar que os chamados insanos são muito mais vítimas que agentes de violência” (Fé, 2009, p. 03).

E a história do maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia, como alhures mencionado, vai de encontro a essa afirmação, uma vez que lá os pacientes eram acometidos a muitas atrocidades, que iam desde dormirem em leitos de capim e servirem de mão de obra, praticamente, gratuita, a terem, no momento de sua morte, seus corpos, novamente, violentados, ante a venda para algumas universidades nacionais de seus cadáveres (Coutinho, 2019, p. 28-29).

Sendo assim, as evoluções legislativas no tocante à saúde mental evidenciaram a importância da desinstitucionalização e da reabilitação social dessas pessoas. Limitar as internações psiquiátricas às situações excepcionais foi um modo de valorização da cidadania e de reconhecimento das pessoas com doenças mentais como sujeitos titulares de direitos, de modo que tal medida “não se torne, novamente, um instrumento de higienização” (Moraes, 2017, p. 96).

A reformulação do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro, com a reestruturação dos serviços, ou seja, o fim da hegemonia do modelo asilar, foi um importante marco para o movimento antimanicomial nacional. Contudo, a temática das internações, em particular, as não consensuais, isto é, a involuntária e a compulsória, levam a algumas discussões.

De acordo com as autoras Taisa Maria Macena de Lima e Maria de Fátima Freire de Sá (2011, p. 89-90), essas modalidades de internação que não advêm do consentimento do próprio paciente, dado que, como supramencionado, enquanto a internação involuntária é oriunda de um terceiro, a compulsória é definida pelo judiciário, dão origem a embates no que diz respeito à vontade, como, por exemplo:

Aqui, poderíamos vislumbrar as seguintes situações: i) existindo discernimento do paciente, e este não querendo ser internado, em princípio, não há como a família fazê-lo; ii) Mas, supondo a existência de discernimento e, ainda que o paciente não queira ser internado, a família poderia fazê-lo se o portador de transtorno colocasse em risco a vida de terceiros; iii) E, no caso de não existir discernimento do paciente e suas ações colocarem em perigo a própria vida e/ou a vida de terceiros, é possível a internação. Essas hipóteses se relacionam à modalidade de internação involuntária.

Há também, outras possibilidades de tensão em relação à internação compulsória: iv) o próprio paciente ou mesmo a família consideram desnecessária a internação determinada pelo Estado por decisão judicial; v) a família considera necessária a internação do paciente que vem a ser negada em decisão judicial (Lima; Sá, 2011, p. 89-90).

É possível verificar que tal discussão pode ser considerada um desafio para a bioética, ainda mais quando correlacionada ao direito de autonomia, à tomada de decisão sobre si mesmo. Atualmente, ainda que utilizadas de forma extraordinária, as internações, aqui consideradas as não consensuais, são tidas como mecanismos de controle dos riscos que as pessoas internadas por motivos psiquiátricos podem vir a gerar a si mesmos ou aos outros (Coutinho, 2019, p. 31).

Essas internações devem observância ao princípio da dignidade humana, devendo resguardar às pessoas com doenças mentais um processo de tratamento

digno, além de analisar cada caso detalhadamente. Nelas o laudo médico fundamentado, atestando a necessidade de internação, é primordial, podendo, ainda, de modo a proporcionar maior imparcialidade, ser exigido a apresentação de um segundo relatório médico, bem como, somados a isso, a pessoa deve estar sujeita a um perigo de vida nítido e imediato ou ameaçando a integridade física de terceiros (Fé, 2009, p. 12-16).

As internações não consensuais devem ser úteis ao tratamento e serem ferramentas de proteção para o próprio paciente, não sendo válidas a arguição de que essas são necessárias para a defesa do meio social ou da ordem pública. Isso porque, é mister destacar que elas interferem na liberdade e na autorregulação dos sujeitos (Moraes, 2017, p. 22-23).

Como ressalta o autor Ivan de Araújo Moura Fé (2009, p. 06):

É necessário que se encontre o justo equilíbrio entre o dever de tratar os pacientes com transtornos mentais e o direito desses pacientes à liberdade. Tal necessidade se torna aguda nos casos de internações psiquiátricas involuntárias. Aqui, mais do que nunca, é preciso ter clareza que o doente é um cidadão, nunca um subcidadão; que o tratamento psiquiátrico visa contribuir para o crescimento emocional, a superação das dificuldades no relacionamento interpessoal, a ampliação da liberdade interior e da compreensão do ser-no-mundo.

Todavia, ocorrem transgressões no direito à autonomia dessas pessoas em relação às internações involuntárias e compulsórias, tendo em vista que o diagnóstico de doença mental grave, em muitos casos, é usado, intencionalmente, como meio para suprimir a capacidade de autodeterminação dos indivíduos (Coutinho, 2019, p. 45)

Em detrimento da autonomia privada individual, nas internações involuntárias o cerne da questão é a esfera privada, em outros termos, a relação entre os indivíduos e seus familiares, que acham cabível a internação e exercem pressão para tal. Não obstante, nas internações compulsórias, o dissídio ocorre entre o cidadão e o Estado, sob a justificativa de segurança e saúde pública, e em nome do direito social (Lima; Sá, 2011, p. 96).

Logo, mesmo que exista, em tese, uma noção de dever para com esse importante princípio, “o direito de autonomia do paciente é sempre questionado e frequentemente violado, ao mesmo tempo em que carrega um histórico de tratamentos que desrespeitam a integridade humana” (Coutinho, 2019, p. 31).

A autonomia abrange, além dos interesses patrimoniais, os de cunho existenciais, motivo pelo qual, especialmente nestes, independente do diagnóstico de doença mental, sempre que houver qualquer indício de que o indivíduo é capaz de se autodeterminar, ele deve ter seu direito de fala respeitado, sob pena de as internações não consensuais serem consideradas ilegítimas (Moraes, 2017, p. 18-19).

Nesses casos, o consentimento livre e esclarecido das pessoas com doença mental é essencial. E, uma vez decidindo pela não internação hospitalar, sendo analisado que essas pessoas não colocarão em risco a sua própria vida ou a de terceiros, juridicamente, a internação não terá legitimidade para subsistir. Caso contrário, teria legitimidade (Lima; Sá, 2011, p. 91).

O consentimento é imprescindível, pois, nos termos do Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 12, “o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica”, não sendo possível coagir essas pessoas a quaisquer intervenções em seus corpos ou tratamentos forçados (Brasil, 2015). Nessa perspectiva, Bruno Terra de Moraes (2017, p. 114) destaca que:

[...] o consentimento esclarecido é a regra no que tange a situações existenciais do portador de deficiência. E esta participação da pessoa no que tange às suas questões de cunho existencial é reforçada pelo parágrafo 1º do art. 12 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o qual assegura que a participação da pessoa sujeita à curatela deve ocorrer no maior grau possível.

No entanto, além dos casos em que há risco à integridade física do indivíduo ou de terceiros, existem situações em que poderá haver o atendimento médico sem o consentimento prévio das pessoas com deficiência, como nos casos de perigo de vida ou emergência médica, contextos em que deverá ser garantido o melhor interesse do paciente (Brasil, 2015).

Reafirma-se que a finalidade máxima das internações deve ser a recuperação das pessoas com deficiência, sendo importante frisar que:

[...] o paciente se encontra em uma posição de vulnerabilidade. Segundo Caio Mário, “similar ao Princípio do Melhor Interesse da Criança, e do Adolescente, deve-se atribuir normatividade ao Melhor Interesse do Paciente [...]”. Parece claro que a dependência química é uma destas circunstâncias ditas “contingenciais” que justificam um tratamento específico pelo ordenamento jurídico (Moraes, 2017, p. 21).

Nessa ótica, ocorre que, muitas vezes, nas internações o princípio da beneficência se sobrepõe ao da autonomia, em outros termos, ainda que há algum indício de discernimento, o benefício das internações é visto como superior à autonomia das pessoas com deficiência, contribuindo para os questionamentos sobre esse princípio. Ainda mais considerando o modelo utilitarista, que considera uma ação a contar pelo maior número de pessoas envolvidas, e:

[...] dentro dessa ótica, compreende-se a necessidade das internações não voluntárias na saúde mental, quando se compreende que elas aliviam as dificuldades das famílias em lidar com os usuários e acabam com a desordem causada na comunidade por transtornos não controlados. A internação garante o máximo de bem-estar das famílias e da comunidade, dentro desse pensamento torna-se irrelevante o estudo do Erving Goffman, que descreve o caráter social dentro das instituições, as quais criam um ciclo de eventos que impedem que o sujeito tenha condições de conviver na comunidade, reduzindo-o à instituição (Coutinho, 2019, p. 54).

Quanto ao termo discernimento, é importante ressaltar que, enquanto ele diz respeito a uma tomada de decisão realizada de forma consciente, trabalhada e esclarecida, isto é, preocupada com a “qualidade da vontade emanada” (Lara, 2019, p. 41), a simples manifestação de vontade independe do real entendimento sobre o que está sendo consentido ou rejeitado.

Diante disso, Mariana Alves Lara (2019, p. 52-53), destaca que, com o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a expressão discernimento, que antes era parâmetro de definição da capacidade no tocante à saúde mental, foi substituída no texto do Código Civil atual pelo critério da manifestação da vontade, sendo esta considerada como causa para a incapacidade.

Assim, é considerado capaz a pessoa que declare alguma vontade, mesmo que não seja, verdadeiramente, fruto de sua autonomia, o que evidencia a inadequação dessa modificação com a finalidade de proteção das pessoas com deficiência (Lara, 2019, p. 60). Nessa ótica, o projeto *lege ferenda* de alteração do Código Civil de 2002, como alhures aludido, sugere o retorno da expressão discernimento como critério para a incapacidade, todavia, apenas no que diz respeito à relativa, mantendo a declaração de vontade como condição para o absolutamente incapaz (Brasil, 2024, p. 05).

Com isso, é possível asseverar que, do ponto de vista bioético, há uma maior preocupação com o discernimento, ou seja, a expressão da vontade consciente, em

que o agente saiba o que realmente quer, do que apenas com a sua simples manifestação. Posto que, “onde a autonomia se vê diminuída, a proteção deve ter lugar. Só assim o sujeito será verdadeiramente incluído na sociedade, objetivo primordial do Estatuto da Pessoa com Deficiência” (Lara, 2019, p. 61).

Diante dessas questões envolvendo a saúde mental, é fundamental acentuar a existência da bioética da proteção, que surge em decorrência das evidentes limitações do principlismo, como a tensão supracitada. Assim sendo, concebida por Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow, seu enfoque é na proteção das vulnerabilidades das pessoas, que devem ter seus direitos básicos resguardados (Possamai; Siqueira-Batista, 2022, p. 08).

A bioética da proteção vê a vulnerabilidade como um aspecto significativo para o princípio da autonomia. Para ela, é necessário considerar as vulnerabilidades dos indivíduos, isto é, suas fragilidades no exercício da autonomia, para que não ocorra uma “exploração mascarada pela autonomia própria e inexistente” (Coutinho, 2019, p. 16-17).

Ela serve de alternativa aos embates vistos acima, além de possuir reflexos no Biodireito, pois a bioética da proteção tem como foco a tutela dos direitos e da dignidade humana, em especial, nos contextos médicos, de forma a priorizar os pacientes. Assim, são teorias que se integram, sendo fundamentais na promoção de procedimentos médicos éticos e responsáveis.

A observância à autonomia na saúde mental como um todo e, principalmente, nas interações não consensuais, é cercada por complexidades bioéticas, o que exige um cuidadoso equilíbrio entre a proteção, a dignidade e a autonomia das pessoas com deficiência, mais ainda para as pessoas com doenças mentais, para que não ocorram violações dos direitos individuais.

## 4 CONCLUSÃO

O presente trabalho se pautou em fazer uma análise da importância do princípio da autonomia no tocante às internações no âmbito da saúde mental, em especial as não consensuais, posto que são nessas em que, geralmente, a relação entre o querer do paciente e a imposição do tratamento médico acarreta maiores tensões.

O estudo mostrou, por meio da trajetória da saúde mental no Brasil, que muitos foram os avanços alcançados ao longo dos anos em busca da efetiva Reforma Psiquiátrica Brasileira. A mudança do ponto de vista médico para o social permitiu que a doença mental fosse vista para além de seu aspecto biológico, isto é, da lesão em si, passando a ser considerada sob um viés político e social, o que gerou impactos no modelo assistencial psiquiátrico da época.

É possível vislumbrar que, ao enxergar as pessoas com doenças mentais como cidadãos, logo dignos de direitos e deveres, o modelo asilar institucional perdeu espaço, a desinstitucionalização ganhou força. Na esfera legislativa também houveram progressos, o surgimento da Lei da Reforma Psiquiátrica e do Estatuto da Pessoa com Deficiência foi crucial.

Como exposto, atualmente, a capacidade é a regra. Nos termos do Código Civil em vigência, as pessoas com deficiência, e nessas incluídas as com doenças mentais, são plenamente capazes para os atos da vida civil. Há o reconhecimento do direito de ser diferente. É resguardado o exercício da autonomia das pessoas com doenças mentais, diante da conservação de sua capacidade.

Com isso, o campo de exercício da autonomia nas internações em razão da saúde mental, que era mínimo, foi ampliado. Com o fito de prevenção das injustiças do passado, como fora explicitado, as internações psiquiátricas passaram a ser voltadas para condições extremas. A harmonia entre a proteção das pessoas com doenças mentais, a ética e a valorização da dignidade e dos direitos humanos tornou-se fundamental na psiquiatria.

Ao decorrer do desenvolvimento da pesquisa, também foi abordada a autonomia bioética e biojurídica. A primeira tem seu cerne na relação médico-paciente, proporcionando aos sujeitos a sua participação nos tratamentos, com direito a todas as informações previamente à sua tomada de decisão. Já a segunda, protege a autodeterminação dos indivíduos por intermédio de mecanismos

jurídicos, isto é, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, da Tomada de Decisão Apoiada e da Curatela.

Para o ordenamento jurídico atual, essas ferramentas permitem colocar em prática a autonomia das pessoas, de forma que a exteriorização de suas vontades livres e discernidas sejam respeitadas e promovidas. Apesar disso, em que pese as evoluções significativas, no cenário atual ainda persistem desafios quanto à execução do referido princípio.

Concretamente, como visto, no âmbito das intervenções médicas, em razão de estigmas, as pessoas com doenças mentais têm suas decisões relativizadas em prol do que terceiros consideram ser mais benéficos para eles, como nos casos das internações não consensuais. Como resultado, aflora um dissídio bioético, em que a bioética da proteção ganha relevo.

A proteção das pessoas com doenças mentais é primordial, contudo deve haver uma conciliação entre o cuidado e a valorização da autonomia individual. Nesse aspecto, a bioética da proteção, de forma complementar ao Biodireito, ao considerar as fragilidades dessas pessoas na fruição de sua autonomia, reafirma que os programas públicos de saúde mental devem salvaguardá-los.

Portanto, conforme discussão anterior, não apenas nos casos das internações não consensuais, mas, sim, no todo, a qualquer vestígio de discernimento, e não a simples exteriorização da vontade, deve-se potencializar a autodeterminação dessas pessoas, respeitando-os no exercício de sua autonomia, de modo a reforçar a condição de cidadão das pessoas com doenças mentais.



## REFERÊNCIAS

ALDROVANDI, Andrea; BRAUNER, Maria Claudia Crespo. **Exercício da autonomia sobre o próprio corpo e a vida a partir das concepções de Kant e Stuart Mill: fundamentos para a definição de limites terapêuticos em testamento vital.** Revista de Ciências Jurídicas, Pensar, Fortaleza, v. 22, n. 2, p. 455-468, maio/agosto, 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/3803/pdf>. Acesso em: 03 ago. 2024.

ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. **As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental.** Universidade Cândido Mendes, Periódicos de Psicologia, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2024.

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

AMARANTE, Paulo. O lugar-zero. In: TOLEDO, Jairo Furtado (org.). **Colônia: uma tragédia silenciosa.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. p. 31-32. Fotografias Luiz Alfredo.

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, I (1), p. 61-77, jul-oct, 1994.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** 4. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. ISBN 978-85-8130-157-0.

BASAGLIA, Franca, org. 1981. **A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização.** In: Basaglia, Franco. Scritti I, 1953-1968. Torino: Einaudi. p. 259.

BORGES, Janice Silveira; SILVA, Michael César; FERREURA, Sérgio de Abreu. **Biodireito e o pensamento teórico de Theodor Viehweg.** Revista Eletrônica de Direito do Centro Universitário Newton Paiva, n. 22, 2014, p.106-112. Disponível em: [https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/115315/biodireito\\_pensamento\\_topico\\_borges.pdf](https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/115315/biodireito_pensamento_topico_borges.pdf). Acesso em: 09 ago. 2024.

BRASIL. **Código Civil.** Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406compilada.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm). Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidente da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 27 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186, de 2008.** Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em:

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm). Acesso em: 05 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841**. Publicação Original: Coleção de Leis do Império do Brasil - 1841, p. 49, vol. pt II. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 05 ago. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949\\_seesp.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949_seesp.pdf). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica**. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União. BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 06 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=II%20%2D%20o%20Conselho%20de%20Sa%C3%BAde](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm#:~:text=L8142&text=LEI%20N%C2%BA%208.142%2C%20DE%2028%20DE%20DEZEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20participa%C3%A7%C3%A3o%20da,sa%C3%BAde%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAscias.&text=II%20%2D%20o%20Conselho%20de%20Sa%C3%BAde). Acesso em: 06 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,Art](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm#:~:text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,Art). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. **Manifesto de Bauru**. Bauru, dez., 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gabinete Ministerial. Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000: Institui os serviços residenciais Terapêuticos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: [https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106\\_0.pdf](https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 28 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002.** Brasília. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/pfdc/institucional/legislacao2/saude-mental/portarias/docs/portaria-gm-ms-2391-2002>. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública.** Brasília, DF; 2003: 135-69. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf). Acesso em: 22 jul. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões.** Senado notícias. Brasília, DF; 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psi-quiatica-ainda-divide-opinioes>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Senado Federal. **Anteprojeto do Código Civil: Comissão de Juristas, 2023-2024.** Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/assessoria-de-imprensa/arquivos/anteprojeto-codigo-civil-comissao-de-juristas-2023\\_2024.pdf](https://www12.senado.leg.br/assessoria-de-imprensa/arquivos/anteprojeto-codigo-civil-comissao-de-juristas-2023_2024.pdf). Acesso em: 24 set. 2024.

CARVALHO, Dimas Messias de. **Direito das famílias.** Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786553626393. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786553626393/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

CARVALHO, Dimas Messias de; VALADARES, Maria Goreth Macedo; COELHO, Thais Câmara Maia Fernandes. Manual de Direito das Famílias. *In*: SOUZA, Iara Antunes de. **Curatela da Pessoa com Deficiência.** São Paulo, Editora Dialética, 2022, pp. 809-810.

CASTRO, Carolina Fernandes de; QUINTANA, Alberto Manuel; OLESIAK, Luísa da Rosa; MUNCHEN, Mikaela Aline Bade. **Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde.** Brasília, Revista Bioética, v. 28, n. 3, ISSN 1983-8042, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/nSNCdJq7zx8FynjmV7m9fqh/>. Acesso em: 11 ago. 2024.

CHRISTINO, Raquel Rosan. **Piaget e Kant: uma comparação do conceito de autonomia**. Nuances, vol. 3, setembro de 1997. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/60/61>. Acesso em: 08 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 01/2016**. *Dispõe sobre o processo de obtenção do consentimento livre e esclarecido na assistência médica*. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1\\_2016.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf). Acesso em: 11 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

COSTA, Maria Izabel Sanches; IANNI, Aurea Maria Zollner. **Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica**. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018, 122 p. ISBN: 978-85-68576-95-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/sysng/pdf/costa-9788568576953.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2024.

COUTINHO, Jussara Alves. **O dilema das internações psiquiátricas involuntárias: composições entre bioética da proteção e autonomia**. *Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de Magister Scientiae*. Viçosa/MG, 2019. Disponível em: <https://locus.ufv.br/items/7c4342c4-ae5f-4e82-ba96-e20a3e2d84df>. Acesso em: 17 ago. 2024.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. **Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Revista Sequencia, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/seq/a/ZWCmZY7Mby855yPqRVzwcwYD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2024.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência?**. São Paulo, Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 2007. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/texto\\_o\\_que\\_e\\_deficiencia-2.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/texto_o_que_e_deficiencia-2.pdf). Acesso em: 07 ago. 2024.

DINIZ, Maria Helena. **Manual de direito civil**. São Paulo: SRV Editora LTDA, 2022. E-book. ISBN 9786555598612. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555598612/>. Acesso em: 29 jul. 2024.

FASSHEBER, Vanessa Barreto; VIDAL, Carlos Eduardo Leal. **Da tutela à Autonomia: Narrativas e Construções do Cotidiano em uma Residência Terapêutica**. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (2), p. 194-207, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/yqC5FMLNHZxwBNJvtQhcvHD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2024.

FÉ, Ivan de Araújo Moura. **Doença Mental e Autonomia**. *Revista Bioética* (online), 04 de novembro de 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/revista\\_bioetica/article/view/327](https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/327). Acesso em: 16 ago. 2024.

FERREIRA, Jussara Suzi Assis Borges Nasser. **Bioética e Biodireito**. S.d.. Disponível em: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31980934/BIODIREITO\\_CONCEITO-libre.pdf](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31980934/BIODIREITO_CONCEITO-libre.pdf). Acesso em: 09 ago. 2024.

FIGUEIREDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES; Marcelo Góes. **Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. *Ciências humanas e sociais*. Maceió, vol. 2, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797/1067>. Acesso em: 28 jul. 2024.

FORTES. Hildenete Monteiro. **Tratamento compulsório e internações psiquiátricas**. *Revista Brasileira de Saúde Matern. Infant.*, Recife, 10 (Supl. 2): S321-S330, dez., 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5yNzSt6mBPWYvfDznLk9GMP/>. Acesso em: 06 ago. 2024.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. **Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1888)**. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, pp. 60-77, jan. – jun., 2013. Disponível em: <https://rbhciencia.emnuvens.com.br/revista/article/view/245/197>. Acesso em: 05 ago. 2024.

LARA, Mariana Alves. **Em defesa da restauração do discernimento como critério para a incapacidade de fato**. *Revista Brasileira de Direito Civil – RBDCivil*, Belo Horizonte, v. 19, p. 39-61, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://rbdcivil.ibdcivil.org.br/rbdc/article/view/361/270>. Acesso em: 24 set. 2024.

LIMA, Taisa Maria Macena; SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Autonomia Privada e internação não consentida**. *Revista brasileira de estudos políticos*, pp. 79-100, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rbep/article/download/18908/15886>. Acesso em: 17 ago. 2024.

LIMA, Vanessa Batista Oliviera; NETO, Joffre do Rêgo Castello Branco. **Reforma Psiquiátrica e políticas públicas de saúde mental no Brasil: resgate da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Universidade de

Fortaleza, s.d.. Disponível em:

[https://www.uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi\\_encontro/REFORMA\\_PS\\_IQUIATRICA\\_E\\_POLITICAS\\_PUBLICAS\\_DE\\_SAUDE\\_MENTAL\\_NO\\_BRASIL.pdf](https://www.uni7.edu.br/recursos/imagens/File/direito/ic2/vi_encontro/REFORMA_PS_IQUIATRICA_E_POLITICAS_PUBLICAS_DE_SAUDE_MENTAL_NO_BRASIL.pdf). Acesso em: 05 ago. 2024.

MORAES, Bruno Terra de. **O papel da autonomia privada nas interações não consensuais de dependentes químicos**. Revista de Direito da Procuradoria Geral, Rio de Janeiro, pp. 95-121, 2017. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTM1Mzg%2C>. Acesso em: 17 ago. 2024.

OLIVEIRA, Daiana Indianara; ALENCAR, Fernanda Cordeiro; REIS, Luana Carelli; VIANA, Mateus Fonte Boa; OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira de. **Reforma psiquiátrica brasileira e a suas influências europeias e norte americanas**. Revista Amazônica, LAPESAM/GMPEPPE/UFAM/CNPq, eISSN 2558-1441, vol. XXV, número 2, pág. 333-354, jul. – dez., 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/7776/5464>. Acesso em: 28 jul. 2024.

OLIVEIRA, Vitor Lisboa; PIMENTEL, Déborah; VIEIRA, Maria Jésia. **O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica**. Brasília, Revista Bioética, v. 18, n. 3, 2010, p. 705-724). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3615/361533254015.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

POSSAMAI, Verônica; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética da proteção de Schramm e Kottow: princípios, alcances e conversações**. Revista Bioética, vol. 30, nº 1, Brasília, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/pyNdhtZWPQnKM3HDhF4dJwm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2024.

REQUIÃO, Maurício. **As mudanças na capacidade e a inclusão da tomada de decisão apoiada a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Revista de Direito Civil Contemporâneo, vol. 6, p. 37-54, jan.- mar., 2016. Disponível em: <https://ojs.direitocivilcontemporaneo.com/index.php/rdcc/article/download/33/23/49>. Acesso em: 06 ago. 2024.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. **Bioética e Biodireito**. 6 ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2023. Cap. 1 e 2.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; SOUZA, Iara Antunes de. **Termo de consentimento livre e esclarecido e responsabilidade civil do médico e do hospital**. In: MENEZES, Joyceane Bezerra de; DADALTO, Luciana; ROSENVALD, Nelson. (Org.). Responsabilidade civil e medicina. 2 ed. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2021.

SAMPAIO, Ricardo Alves; TALARICO, Cahue Alonso. **O novo conceito de pessoa com deficiência e sua aplicabilidade por órgãos fiscalizadores ou reconhecedores de direitos estatais**. Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos, vol. 12, nº 2, ISSN 1982-310X, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/constituicaoegarantiadedireitos/article/view/17891/12550>. Acesso em: 07 ago. 2024.

SANCHES, Mário Antonio. **Bioética – Ciência e Transcendência**. Edições Loyola, São Paulo, 2024.

SCHREIBER, Anderson. **Tomada de Decisão Apoiada: o que é e qual sua utilidade?**. Genjurídico (Online), 2017. Disponível em <https://blog.grupogen.com.br/juridico/areas-de-interesse/civil/tomada-de-decisao-apoiada-o-que-e-e-qual-sua-utilidade/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

SILVA, Diego Patrick da; GOULART, Maria Stella Brandão. **A Reforma Psiquiátrica mineira e Cezar Rodrigues Campos: uma história a ser desvelada**. Apresentação oral em grupo, 16º Encontro Nacional Abrapso, Campos UFPE, Recife, nov., 2011. Disponível em: [www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czoZnJoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OilyNTU0ljt9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6lGcxODExNjhhMDAzODc1NzgzYjZmYTcyZTljMWM5OWEyljt9](http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyl7czoZnJoiYToxOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OilyNTU0ljt9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6lGcxODExNjhhMDAzODc1NzgzYjZmYTcyZTljMWM5OWEyljt9). Acesso: 25 jul. 2024.

SOUZA, Iara Antunes. **Diretivas Antecipadas de Vontade e pessoas com deficiência: exercício da autonomia privada existencial**. Revista de Biodireito e Direito dos Animais, e-ISSN: 2525-9695, v. 6, n. 1, pp. 55-74, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufop.br/server/api/core/bitstreams/10b7a0ad-23bc-42e1-9339-0941a99cd0f2/content>. Acesso em: 08 ago. 2024.

SOUZA, Iara Antunes; SILVA, Michelle Danielle Cândida Silva. **Capacidade civil, interdição e curatela: As implicações jurídicas da Lei n. 13.146/2015 para a pessoa com deficiência mental**. Revista da Faculdade de Direito da UFRGS, Porto Alegre, n. 37, p. 291-310, dez., 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/revfacdir/article/view/77546/46269>. Acesso em: 09 ago. 2024.

SOUZA, Maria Clara Ortiz de. **A segregação dos indesejáveis: o processo de institucionalização da loucura no Hospital Colônia de Barbacena**. Universidade de Taubaté, Departamento de Ciências Sociais e Letras – Curso de História. Taubaté, mar, 2021.

TEPEDINO, Gustavo; OLIVA, Milena D. **Fundamentos de Direito Civil: Teoria Geral do Direito Civil**. v.1 . Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2023. E-book. ISBN 9786559647842. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786559647842/>. Acesso em: 29 jul. 2024.

TRINDADE, Ivan Gustavo Junio Santos. **Os reflexos do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15) no sistema brasileiro de incapacidade civil**. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Relações Internacionais e Desenvolvimento da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2016. Disponível em: <https://tede2.pucgoias.edu.br/handle/tede/2757>. Acesso em: 05 ago. 2024.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Brasília, 2005. Disponível em:  
[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf).  
Acesso em: 09 ago. 2024.

VELASQUEZ, Tomlyta Luz; SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder de. **Bioética e Direito: uma análise dos princípios bioéticos aplicados ao Biodireito**. Veritas, Porto Alegre, vol. 65, n. 2, p. 01-10, maio-agosto, 2020. Disponível em:  
<https://revistaseletronicas.pucrs.br/veritas/article/view/36562/19716>. Acesso em: 08 ago. 2024.