



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

ALESSANDRA SANTOS LOPES

**O ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E O NOVO
MODELO DE CAPACIDADE CIVIL DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL: O DESAFIO DE EMPODERAR.**

SALVADOR

2017

ALESSANDRA SANTOS LOPES

**O ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E O NOVO
MODELO DE CAPACIDADE CIVIL DOS PORTADORES DE
TRANSTORNO MENTAL: O DESAFIO DE EMPODERAR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pesquisa e Monografia da Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob a orientação do Professor Doutor Maurício Requião.

Salvador

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

O ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E O NOVO MODELO DE CAPACIDADE CIVIL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL: O DESAFIO DE EMPODERAR.

ALESSANDRA SANTOS LOPES

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade Federal da Bahia em ___/___/___, pela seguinte banca examinadora:

Assinatura: _____

Professor Doutor Maurício Requião de Sant'Ana (Orientador)

Assinatura: _____

Professor Mestre Emanuel Lins Freire de Carvalho (1º Examinador)

Assinatura: _____

Professor Doutor Pedro Lino de Carvalho Júnior (2º Examinador)

Conceito:

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, **Doutor Maurício Requião de Sant'Ana**, que me orientou na produção desta monografia.

Agradeço ao amigo, **Abelardo Sampaio Lopes Neto** que contribuiu de maneira inigualável para a produção deste trabalho, sempre disposto a ajudar! Sem você eu não conseguiria alcançar o fim desta jornada. Serei eternamente grata!

Agradeço a todos os advogados que compõem o **Escritório SHMM & Glicério Advogados** por manter viva em mim a admiração e paixão pela advocacia, mesmo diante das dificuldades de um curso noturno somado ao cansaço de horas de trabalho, o apoio dispensado tornou a caminhada menos árdua.

Agradeço aos **meus professores e amigos** do curso de Direito e também àqueles do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades, pois não se caminha sem bagagem, afinal, foi lá que surgiu a ideia de escrever sobre Transtorno Mental. Meu abraço carinhoso **às amigas Darciane Rabelo e Ana Rios**, elas sabem como tudo começou...

Agradeço a **minha amada mãe**, Maria José, mulher guerreira, pelo sobre-humano esforço empreendido durante toda a minha infância e adolescência para nunca me deixar faltar a caneta e o caderno. Tudo que sou, sou graças a você!!!

Agradeço aos **meus queridos irmãos**, sempre dispostos a me ajudar nesta caminhada.

Agradeço aos **meus amados filhos**, Giuliano e Rebeca, por simplesmente ser quem são! Amo vocês!

Agradeço também a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

“Não se cura além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas”. (Nise da Silveira)

RESUMO

A presente monografia demonstra a histórica dificuldade de empoderar o portador de transtorno mental na sociedade. Fundamenta a hipótese no processo de Reforma Psiquiátrica que visa libertar os doentes dos manicômios e dar-lhes tratamento humanizado. Mas, no entanto, a desinstitucionalização, uma vitória do processo Reformista, esbarrou no estigma desenvolvido pela sociedade acerca dos portadores de transtorno mental e na sua inerente vulnerabilidade. Dessa maneira, o desafio de empoderar se dá a partir da quebra de paradigmas, possibilitando ao portador de transtorno mental praticar atos da vida civil amparado no instituto da Tomada de Decisão Apoiada instituída pela Lei nº. 13.146/2015.

Palavras chave: Estatuto da Pessoa com Deficiência. Portador de Transtorno Mental. Capacidade Civil. Tomada de Decisão Apoiada. Empoderamento.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 8 |
| 2 VULNERABILIDADE E ESTIGMA: Conceitos Doutrinários | 10 |
| 2.1 ESTIGMA | 10 |
| 2.2 VULNERABILIDADE | 14 |
| 2.3 O MODELO ASSISTENCIAL PSIQUIÁTRICO ANTERIOR À LEI Nº. 10.216/2001 | 17 |
| 2.3.1 Lobotomia e Leucotomia Cerebral | 21 |
| 2.3.2 A Terapia Ocupacional | 24 |
| 2.4 AUTONOMIA | 26 |
| 2.4.1 Autonomia Privada e Autonomia da Vontade | 28 |
| 2.4.2 Autonomia Existencial | 30 |
| 3 ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, INCAPACIDADES E INTERDIÇÃO – LEI Nº. 13.146/2015: A Evolução do Tratamento à Pessoa com Deficiência Mental. | 32 |
| 3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA | 32 |
| 3.2 O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL | 33 |
| 3.3 A CAPACIDADE CIVIL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NO CÓDIGO DE 1916. | 37 |
| 3.4 A LEI Nº. 10.216/2001 E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL | 41 |
| 3.4.1 Serviços Substitutivos ao Modelo Hospitalocêntrico: o Centro de Atenção Psicossocial (Caps). | 46 |
| 4 O DESAFIO DE EMPODERAR | 53 |
| 4.1 EMPODERAMENTO | 53 |
| 4.2 O RECONHECIMENTO DA CAPACIDADE CIVIL DA PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL: Uma Conquista da Convenção Internacional sobre Direitos da Pessoa com Deficiência e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. | 56 |
| 4.3 A TOMADA DE DECISÃO APOIADA: COMO SE DÁ? | 62 |
| 4.4 A AUTONOMIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL POSITIVADA ATRAVÉS DO INSTITUTO DA TOMADA DE DECISÃO APOIADA: A Participação da Família no Processo de Empoderamento do Portador de Transtorno Mental | 64 |

5 CONCLUSÃO

69

REFERÊNCIAS

72

1 INTRODUÇÃO

Esta monografia versa sobre o novo modelo de capacidade civil do portador de transtorno mental originado a partir da entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei Federal nº. 13.146/2015, que altera os artigos nº. 3º, 4º, do Código Civil de 2002, o qual passa a considerar o deficiente com relativamente incapaz de exercer certos atos da vida civil ou a maneira como irá exercê-los, ao passo que em complemento à alteração dos artigos anteriores, cria o artigo nº. 1.783-A, instituindo a Tomada de Decisão Apoiada.

Tais mudanças legislativas evidenciam um novo modelo de capacidade civil que faculta ao portador de transtorno mental exercer atos da vida civil com o apoio de 2 (duas) pessoas de sua confiança, por ele eleitos.

O problema resta configurado nos obstáculos que o portador de transtorno mental e sua família, peça importante no processo de empoderamento desses sujeitos, têm que enfrentar, como a vulnerabilidade e o estigma.

Razão pela qual se faz urgente a discussão acerca do tema, vez que empoderar o portador de transtorno mental na sociedade a fim de com isto torná-lo um ser humano ativo e produtivo no meio social e familiar é dar efetividade ao Estatuto da Pessoa com Deficiência que tem como premissa a inclusão social e cidadania das pessoas com deficiência, consoante o artigo 1º de seu texto.

A hipótese será construída a partir da constatação de que para o portador de transtorno mental desenvolver de forma plena a capacidade civil no novo modelo apresentado ele, juntamente com os familiares, terão que romper os obstáculos da vulnerabilidade e do estigma instituídos que estão enraizados na formação da identidade social virtual do sujeito trazida por Erving Goffman e que difere daquela constituída pelo próprio sujeito, a identidade social real.

No desenvolvimento desta argumentação será demonstrado que o portador de transtorno mental não perde automaticamente a sua capacidade civil ao ser diagnosticado com um transtorno de ordem mental, podendo, no entanto, exercer determinados atos da vida civil em perfeita harmonia com os regramentos estabelecidos. Evidenciando, portanto, a acertada mudança legislativa no tocante à maneira de como irá exercer os atos da vida civil.

O texto foi desenvolvido a partir de um procedimento monográfico e uma metodologia qualitativa, utilizando a técnica da pesquisa bibliográfica e consulta a legislação.

O primeiro capítulo de desenvolvimento trata acerca dos conceitos doutrinários de estigma e vulnerabilidade que serão adotados para desenvolver a pesquisa, abordando o modelo histórico hospitalar destinado aos portadores de transtorno mental, as técnicas de tratamento utilizadas e os modelos de autonomia existentes, pontuando em qual deles a presente pesquisa visa desenvolver o seu estudo.

O segundo capítulo de desenvolvimento aborda a evolução no tratamento médico-hospitalar e, sobretudo, jurídico destinado aos portadores de transtorno mental a partir do advento do Estatuto da Pessoa com deficiência – Lei nº. 13.146/2015. Realizando para tanto um apanhado histórico do movimento de Reforma Psiquiátrica havido no Brasil e no mundo, com abordagens sucintas, visto não ser este o foco da pesquisa. Adentrando num estudo acerca de como o código civil de 1916 enxergava o portador de transtorno mental no sistema brasileiro legislativo da época e, por fim, evidencia as conquistas obtidas a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica que resultou na edição da Lei nº. 10.216/2001, redirecionando o tratamento do portador de transtorno mental para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos aos hospitalocêntricos.

O terceiro e derradeiro capítulo trata da dificuldade de empoderar o portador de transtorno mental, em razão do estigma e de sua condição de sujeito vulnerável. A conquista do reconhecimento da capacidade civil desses sujeitos a partir da Convenção Internacional sobre Direitos da Pessoa com Deficiência e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Aborda-se ainda nesse capítulo de que maneira se dá a Tomada de Decisão Apoiada e, por fim, traz o argumento da Tomada de Decisão Apoiada como meio para positivar a autonomia e empoderar o portador de transtorno mental, além da importância da família no papel de apoiador.

2 VULNERABILIDADE E ESTIGMA: Conceitos doutrinários

Faz-se imperioso, antes de iniciarmos os estudos acerca do novo modelo de capacidade civil do portador de transtorno mental, trazer a baila conceitos intrinsecamente contidos no processo de surgimento da loucura, sua negação e, posteriormente, sua institucionalização e, por fim, a sua desinstitucionalização a partir dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica.

2.1 ESTIGMA

O termo “estigma” tem origem na sociedade grega onde, sinais corporais, feitos com cortes ou fogo, evidenciam algo de extraordinário ou mau sobre o status moral da “pessoa marcada” ou “ritualmente poluída”, devendo esta pessoa ser evitada, sobretudo em locais públicos, normalmente essas pessoas eram escravos, criminosos ou um traidor (GOFFMAN, 1963).

Oliveira (2016) traz ainda algumas outras definições de estigma a partir de autores como, Jonas, Farina, Hastorf, Markus, Miller E Scott (1984) e Stafford e Scott (1986) e ainda, Crocker, Major E Steele (1998)

marca que associa uma pessoa a características indesejáveis, os estereótipos” e de Stafford e Scott (1986) que o definem como uma característica de determinadas pessoas que se revela contrária a uma norma de uma unidade social, sendo norma definida como uma crença partilhada de que uma pessoa se deve comportar de certa forma em determinado momento. Por sua vez, Crocker e colegas (1998) referem-se ao estigma como um “atributo ou característica que carrega uma identidade socialmente desvalorizada em determinado contexto social (CROCKER et al., 1998, p. 505). (OLIVEIRA, 2016, pp. 40-41)

O termo estigma, segundo Erving Goffman, pode ser conceituado a partir de uma temática divina, religiosa, onde a palavra referia-se a “sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele” e um segundo conceito referindo-se à medicina como “sinais corporais de distúrbio físico”. (GOFFMAN, 1963, p. 5). Desse modo, Oliveira (2016) conclui que “a estigmatização parece, pois, resultar de mecanismos ancestrais de adaptação social, inerente à vida em grupo, funcionando, nomeadamente, enquanto instrumento de dominação e exclusão”. (Oliveira, 2016, p. 41)

Sendo assim, as pessoas são distribuídas em categorias na sociedade, onde cada membro dessa categoria deve apresentar um conjunto de atributos apontado como usual para aquela categoria. Dessa maneira, quando nos deparamos com um “estranho” nosso primeiro comportamento é buscar identificar nessa pessoa atributos que permitam prever em qual categoria ela está inserida na sociedade, ou seja, qual a sua “identidade social”. (GOFFMAN, 1963).

Estamos a todo tempo fazendo análises acerca de quais categorias pertencem as pessoas que nos rodeiam, apesar de, só nos darmos conta disto, quando surge uma questão afetiva. Logo, é possível que as pessoas imputem um caráter a determinada pessoa com base num retrospecto em potencial, o que Erving Goffman na obra *Estigma, Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, chama de “identidade social virtual”, já a identidade que o indivíduo prova possuir ele a chama de “identidade social real”. (GOFFMAN, 1963)

Quando identificamos numa pessoa atributos que a torna diferente do outro, como características de pessoa má, perigosa ou fraca, tendemos a reduzi-la a uma pessoa “estragada” e “diminuída”, e isto é estigmatizar. Principalmente se a sua identidade social virtual, ou seja, aquela por criada por um terceiro, divergir da identidade social real, aquela que o indivíduo prova possuir. (GOFFMAN, 1963, p. 6).

Vale salientar que, o atributo indesejável apenas será relevante se este for incompatível com o estereótipo¹ que previamente criamos para aquele determinado indivíduo. Consequentemente, o termo estigma tem referência pejorativa, depreciativa, desonrosa. (GOFFMAN, 1963)

No entanto, o que se percebe é que o atributo, em verdade, não tem valor algum se não estiver relacionado a uma situação ou um estado de fato, pois um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem horroroso, nem desonroso. A exemplo disto Erving Goffman traz o caso de um criminoso que antes de entrar numa biblioteca procurava se certificar de que nenhum conhecido o veria entrar:

Lembro-me de que, mais de uma vez, por exemplo, ao entrar numa biblioteca pública perto de onde eu morava, olhei em torno duas

¹ O termo estereótipo parece ter sido introduzido pela primeira vez por Lipmann (1922), que se referiu a este termo “como uma imagem típica que vem à mente quando se pensa num grupo social específico” (cit. em Dovidio et al., 2010, p. 7). (OLIVEIRA, 2016)

vezes antes de realmente entrar, para me certificar que nenhum de meus conhecidos estava me vendo (GOFFMAN, 1963, p. 6-7)

Ainda acerca dos atributos, a partir dos depoimentos dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Nova Vida, localizado no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, realizado por Paranhos e Aires (2004), fica visível que, conforme Goffman (1963) o atributo de nada vale se ele não estiver associado a uma situação, uma relação de fato.

Nos depoimentos que se seguem a estigmatização do indivíduo somente acontece quando o outro percebe a presença de um fato que o leva a somar o atributo à situação vivenciada e daí então, resultar no estigma, e conseqüentemente na discriminação.

Observe que antes das outras pessoas tomarem ciência do fato de que os depoentes faziam tratamento no CAPS, não havia o estigma de “doido” ou “maluco” imputado, vejamos:

Rapaz, sempre muda, viu, pra algumas pessoas que... ignorante, entendeu? Mas, pra outras, é normal. [...] Agora uns ignorante, é **“do CAPS é doido”**, essas coisas, mas não me abala nada, tá ligado? Eu nem ligo mais. (Sujeito 1, em resposta à pergunta “O convívio mudou depois que você passou a frequentar o CAPS?”) (sem grifos no original)

[...] **mas, uma vez que nós caminhou aí, nós foi caminhar, teve um velho que tava trabalhando e chamou a gente de doido**, mas nós não somos doido. Nós somos uma pessoa que é capaz de tudo, de sobreviver, caminhar alegre, sorrir. O importante é isso, que nós somos feliz. (Sujeito 4) (sem grifos no original)

A gente daqui do CAPS ficam dizendo que a gente é maluco; um vizinho lá me chama de maluca e fala alto. Minha sobrinha mais velha de 10 anos me chama de maluca e fica me irritando. [...] **Só em saber que a pessoa é daqui do CAPS a pessoa é maluca; que antes do CAPS é normal e depois daqui diz que é maluco**, só porque aqui tem tratamento psicológico. (Sujeito 12) (sem grifos no original)

[...] A diferença é porque **eles me tratavam igual, hoje em dia é: “cadê seus malucos, vai pro CAPS hoje**, vai ver teus doido hoje? (Sujeito 14) (sem grifos no original)

Ah, eles maltratam muito a gente, assim, verbalmente. [Entrevistador: Eles quem?] O pessoal da rua, o pessoal da família, **porque acha que a gente é louco, porque aqui no CAPS é louco, todo mundo que tá aqui dentro é louco**. Então é uma discriminação horrível que têm com a gente. (Sujeito 15) (sem grifos no original)
(PARANHOS-PASSOS E AIRES (2004), p. 23-24)

Estabeleceu-se, entre algumas pessoas na sociedade, que a categoria dos “alienados” teria como atributo a internação em manicômios, a prescrição de remédios controlados, o tratamento nos CAPS, então, quando essas pessoas se deparam com indivíduos que apresentam os atributos que compõem a categoria de “alienados” por ela criados, sumariamente são estigmatizados.

Portanto, podemos inferir que, ao criarmos estereótipos e atributos para determinada pessoa ou grupo social, fazendo assim, uso da “identidade social virtual”, incorremos no sério risco de, sumariamente, estigmatizar aquele grupo ou pessoa.

O risco de estigmar alguém se encontra no fato de “acreditarmos que alguém com um estigma não seja completamente humano” (GOFFMAN, 1963, p. 8). E, por analogia, não sendo completamente humano, não seriam legitimados a possuir Direitos, situação que leva a segregação.

Por outro lado, estigmatizar pode levar o indivíduo a internalizar o estigma que lhe é atribuído, segundo Goffman (1963), o estigma internalizado ocorre quando o indivíduo internaliza os atributos que os identificam como membro de um “grupo desviante” e assumem a “identidade deteriorada” que lhe é atribuída.

A internalização possui efeitos negativos para o estigmatizado na esfera da identidade e autoestima, conforme pontua Bevilaqua, Correia, Gontijo, Santos e mota (2013)

Entre as diversas consequências negativas para os indivíduos estigmatizados, destaca-se a internalização do estigma, que ocorre à medida que o indivíduo se torna consciente de sua condição de saúde e do estigma associado a essa condição, e então passa a concordar com este, aplicando os estereótipos negativos a si próprio (CORRIGAN, 1998; CORRIGAN & WATSON, 2002). Os efeitos da internalização do estigma trazem consequências negativas irreparáveis ao indivíduo, tais como perda de sua identidade (CORRIGAN & WASSEL, 2008), restrição das oportunidades de vida, dificuldade de acesso aos serviços de saúde (LI, LEE, THAMMAWIJAYA, JIRAPHONGSA, & ROTHERAM-BORUS, 2009), bem como um impacto negativo em aspectos psicossociais como no funcionamento social, na esperança, autoeficácia e autoestima (CORRIGAN & WASSEL, 2008).

O ato de internalizar o estigma além de possuir relação direta com autoestima, provocando no indivíduo portador de transtorno mental a perda de sua identidade, conforme demonstra o estudo acima, contribui ainda negativamente para o empoderamento destes indivíduos, conforme assevera Oliveira (2016).

Estudos transnacionais que avaliaram a prevalência do estigma internalizado, discriminação percebida e *empowerment* em pessoas com esquizofrenia e perturbações do humor na Europa[...] tendo-se verificado uma associação negativa entre estigma internalizado, *empowerment* e quantidade de contactos sociais (BROHAN, ELGIE, SARTORIUS & THORNICROFT, 2010; BROHAN GAUCI, SARTORIUS & THORNICROFT, 2011)².

Acerca do estigma e sua internalização, alguns estudiosos, como Talbott, conforme cita Oliveira (2016), acreditam que tal fato se deu em razão do movimento de desinstitucionalização do portador de transtorno mental, a chamada Reforma Psiquiátrica. Acredita-se que a causa do estigma e da conseqüente possibilidade de internalização deste, se deu pelo fato de grande parte das pessoas na comunidade e ainda, familiares não terem sido suficientemente preparados para receber os portadores de transtorno mental na sociedade como indivíduos capazes que são.

Logo, uma vez que o desconhecimento acerca do novo pode resultar em estigma, medos e pré-conceitos, esclarecimentos à sociedade e, sobretudo aos familiares do portador de transtorno mental a acerca da saúde mental faz-se importante para a desconstrução da identidade social virtual criada em torno do portador de transtorno mental.

2.2 VULNERABILIDADE

Vulnerabilidade é uma palavra latina, derivando de “*vulnus*” (eris) que significa ferida. Pode ser definida como a possibilidade de ser ferido. (LACERDA E PESSINI, 2009). Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº. 466/2012, seção II, 25, conceituou vulnerabilidade como sendo:

estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido. (REQUIÃO, 2016).

² “*Empowerment* ou capacitação traduz-se na capacidade para “*modificar as percepções dos outros através da competência e da capacidade para agir. É dar-se a conhecer. É melhorar a auto-imagem e combater o estigma*”. “Considerações sobre doença mental e comunicação social”, (JORGE-MONTEIRO, F., & MADEIRA, T., 2007, In *Análise Psicológica*, 25, p. 105). É ainda, ser capaz de decidir sobre os vários domínios da sua vida, com vista ao pleno exercício da cidadania”. (Tradução trazida pela autora para o termo “Empowerment”, o qual terá abordagem neste estudo em capítulo específico.)

Na esfera jurídica Yann Favier conceitua vulnerabilidade como sendo:

a vulnerabilidade em direito aparece em uma relação de forças quando se faz necessário compensar desigualdades consideradas como “naturais” e resultantes de um fato considerado objetivo (idade ou estado de saúde) ou como resultado de uma situação voluntária instituída entre pessoas privadas (em relação às obrigações) (FAVIER, apud REQUIÃO, p. 123)

No entanto, na doutrina é possível identificar diversas vertentes para o termo “vulnerável”. Temos, dessa forma, a “vulnerabilidade patrimonial” e a “vulnerabilidade existencial”. A princípio faz-se importante registrar que a categoria da vulnerabilidade teve origem nos debates sobre saúde pública, sendo hoje integrante do direito civil perpassando pelas áreas do direito de família ao direito do consumidor. (KONDER, 2015).

O presente instituto tem fundamento na “ordem constitucional que privilegia a pessoa humana, no sentido da despatrimonialização do direito civil, rumo a uma sociedade livre, justa e solidária”. (KONDER, 2011, p. 01)

A conhecida máxima do princípio da igualdade dita por Aristóteles de que devemos “tratar os iguais, igualmente e os desiguais, desigualmente” (MELLO, 2011), não deve mais ser vista como uma escolha ou um mero princípio, mas sim como requisito para que o ordenamento jurídico se configure como um sistema coerente (KONDER, 2011, p.02)

Realizado tais esclarecimentos, é o momento de falarmos sobre a vulnerabilidade patrimonial que, conforme Konder “se limita a uma posição de inferioridade contratual na qual o titular fica sob a ameaça de uma lesão basicamente ao seu patrimônio, com efeitos somente indiretos à sua personalidade”. (KONDER, 2011, p. 5) Ou seja, uma proteção ao indivíduo que se afasta dos conceitos constitucionais vigentes que visa muito mais o “ser” do que o “ter”.

Por outro lado, a vulnerabilidade existencial é situação jurídica subjetiva, onde o risco de lesão ao indivíduo é extrapatrimonial, situação que exige a aplicabilidade de normas e tutelas com lastro no princípio da igualdade e dignidade humana que, como já dito, deve ser tida não apenas como princípio ou escolha, mas como requisito fundamental para a boa aplicabilidade da norma jurídica no tocante a justiça e equidade.

A necessidade de criar leis que visem tutelar direitos ao invés de apenas criar limitações à prática dos atos civis do portador de transtorno mental, faz-se urgente

na sociedade atual. Segundo Livingston, (apud OLIVEIRA, 2016, p. 68), o estigma estrutural é um causa de não haver, ou, de pouco existir, leis que tutelem direitos ao invés de somente limitar a capacidade civil dos portadores de transtorno mental, a grande razão estaria no fato de os legisladores (grupo dominante) não se identificarem com grupo social para o qual legislam no caso em debate, o portador de transtorno mental (grupo minoritário), ou seja, não há representantes dessa categoria no legislativo o que, em virtude da identidade social virtual por eles desenvolvida, impede a construção de normas jurídicas capazes de empoderar o portador de transtorno mental, buscando minimizar os efeitos da vulnerabilidade existencial.

O legislador deve compreender que a categoria de portadores de transtorno mental é composta por sujeitos capazes de, dentro de suas peculiaridades obviamente, gerir a sua vida assim como qualquer outro integrante de grupo social, merecendo, portanto, ter direitos tutelados ao invés de apenas limitados, conforme defendido por Livingston (apud OLIVEIRA, 2016)

De acordo com Livingston (2013), o estigma social potencia de forma inequívoca o estigma estrutural e a internalização do estigma. Isto porque, conforme este autor observou, “as leis não surgem por magia. Antes, são negociadas através de um processo social que frequentemente envolve o diálogo entre políticos, grupos de pressão e a sociedade em geral e frequentemente difundida pelos meios de comunicação social” (LIVINGSTON, 2013, p. 10).

Este investigador mantém que o estigma estrutural é revelador das ideias estigmatizadoras adoptadas pelo conjunto de cidadãos que são eleitos como representantes do povo. Enfatiza ainda, a predominância de certo tipo de discurso e práticas sociais e da dificuldade que as pessoas que pertencem a grupos minoritários têm para resistir a esta ideologia dominante. (OLIVEIRA, 2016, p. 68)

Nesta toada, o Direito brasileiro tem paulatinamente evoluído em favor dos portadores de transtorno mental. Exemplo disso é o advento da Lei nº. 13.146/2015 que dispõem sobre a inclusão dos portadores de transtorno mental na sociedade e, sobretudo, tutelando no artigo 6º direitos civis que até então eram, para muitos, uma utopia diante do cenário de exclusões, maus tratos e invisibilidade experimentados pelos portadores de transtorno mental nos séculos XVIII, XIV e meados do XX, quando a reforma psiquiátrica se torna real no Brasil, com a entrada em vigor da lei nº 10.2016/2015, mais conhecida como a Lei Antimanicomial.

2.3 O MODELO ASSISTENCIAL PSIQUIÁTRICO ANTERIOR À LEI Nº. 10.2016/2001.

As legislações voltadas a tratar do portador de transtorno mental se preocupavam em excluir essas pessoas, (BRITO, VENTURA, 2012), assevera que:

No primeiro período analisado, os legisladores se preocupavam mais em excluir os portadores de transtornos mentais – então denominados “alienados” e “psicopatas” – do convívio em sociedade para evitar a “perturbação da ordem” do que em oferecer tratamento adequado para a melhora do paciente.

Os decretos traziam dezenas de artigos, cuja maioria apenas regulamentava o ambiente terapêutico que se dava dentro do hospital psiquiátrico (Decretos nºs 206, 508, 791, 896, 1.132, 8.834, 4.294, 5.148 e 24.559).”. (p.60)

Deveras, os decretos abordavam, tão somente, como se daria a permanência dos portadores de transtorno mental naquela instituição, delimitando os afazeres de cada um dos que daquela instituição faziam partes, médicos, farmacêuticos, agentes de limpeza, porteiros.

Faz-se mister, contudo, ressaltar que o “alienado”, neste modelo assistencial, aparece apenas como objeto de direito e nunca como sujeito de direitos, à exemplo disso temos o Decreto nº. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, que apesar de conter 42 artigos, em nenhum deles há previsão de como se daria o tratamento da doença, reabilitação e cuidados com o doente após a sua alta médica.

O artigo 17 do Decreto nº. 206-A estabelecia, sem nenhum critério médico ou social, como se daria a alta médica do “alienado”, vejamos:

Da sahida

Art. 17. O director concederá alta aos doentes curados, prevenindo a autoridade ou pessoa que requisitou ou requereu a sua admissão.

§ 1º Quando o doente for pensionista, a pessoa que requereu a admissão, ou com qualidade legal para represental-a, poderá reclamar a sahida immediata do doente, devendo assignar um termo de responsabilidade.

§ 2º Quando o alienado, por seu estado de exaltação ou particularidades da molestia, puder perturbar a ordem ou segurança publica, o director não permittirá a sahida ou a retirada do estabelecimento, sem prévia autorização do Ministro do Interior ou do chefe de policia.

§ 3º Além das sahidias e altas definitivas, poderá o director permittir sahidias de ensaio no periodo de convalescença.

Observe que a única preocupação do texto legal com alta médica do “alienado” era o risco de perturbação à ordem ou segurança pública, em nenhuma parte da norma o “alienado” é visto e tratado como sujeito, pelo contrário, é sempre o objeto da norma que o aprisiona, como se aqueles indivíduos não merecem atenção e cuidado, não tivessem sentimentos e dores, a lei, à época, visava esconder atrás dos muros dos manicômios uma situação social e de saúde pública que, em verdade, merecia tratamento e solução.

De acordo com Fontes (2012), é possível estabelecer um marco histórico divisório entre a psiquiatria empírica e a psiquiátrica científica³.

Em 1890 temos a primeira instituição pública voltada ao cuidado e tratamento da saúde mental, o Hospício Pedro II,

Pode-se situar o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, explicitamente inspirado no modelo asilar francês (elaborado por Pinel e Esquirol), que ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. De acordo com Machado (1978, p. 431), o isolamento foi uma “característica básica do regime médico e policial do Hospício Pedro II” e era o próprio hospício, concebido como o lugar do exercício da ação terapêutica, que deveria realizar a transformação do alienado. Nesse primeiro momento, o isolamento em relação à família é prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência.

Resende (apud FONTES, 2017, p. 3), destaca ainda que “no decorrer dos anos, entre o Segundo Reinado, outras instituições destinadas a asilar os

³ A psiquiatria como disciplina teórica e técnica terapêutica, como saber de tipo médico sobre a loucura - considerada como doença mental - e como uma prática com a finalidade de curá-la por um tratamento físico-moral, só se constitui em determinado momento da história. A transformação da loucura em um tipo de doença diferente, fenômeno patológico, exigiu um tipo específico de medicina para tratá-la, a psiquiatria. [...] É somente no início do século passado que a loucura ascende à categoria de doença mental. Nessa época os loucos se disseminavam indiferentemente entre os hospitais gerais, as casas, de detenção, as casas de caridade, os depósitos de mendigos e as prisões familiares. Nessa época a loucura figura claramente como estigma, isto é, como sinal distintivo e significativo da pertinência do louco à categoria das "classes perigosas". A psiquiatria, então, ainda não se havia firmado, apropriando-se da insanidade como objeto próprio dentro da legitimidade do seu saber e de sua técnica. (Organização e saber psiquiátrico. VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. *Rev. adm. empres.* [online] 1981, vol.21, n.4, pp.49-58. ISSN 0034-7590. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901981000400005>. P. 1-2. Acesso em 12 Ago. 2017

“alienados” foram criadas em diversos estados como São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886)”.

as primeiras instituições psiquiátricas surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra os maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina engrossa os protestos, enfatizando a necessidade dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já em prática na Europa (RESENDE, 2007, p. 38).

Contudo, ainda no século XIX, apesar da loucura começar a ser encarada como doença e receber tratamento medicamentoso, a intenção com o internamento era uma só, isolar o louco da vida social.

Dá-se início então a institucionalização da loucura no Brasil, “Os hospícios e as colônias agrícolas, destinadas aos loucos curáveis, para tratamento através da práxis ou da ergoterapia, foram surgindo e se multiplicando pelos principais centros urbanos do país como ícones de sua modernização” (PASSOS apud FONTES, 2017, p. 107).

Nesse período (século XIX), como dito, o principal mecanismo de tratamento para o “alienado” era o isolamento em asilos ou manicômios, onde a “Loucura passa a ser antônimo de liberdade”. (VIEIRA, 1981, p.3)

No entanto, no século XX o panorama da saúde mental começa ainda de forma incipiente a tomar novas formas. A lei nº. 2.312/1954, por exemplo, em seu artigo 22 ampliava o tratamento psiquiátrico à família do portador de transtorno mental, reconhecendo, ainda na década de 50 a importância da família no tratamento e reabilitação do doente.

Observe o texto do artigo 22, da Lei nº. 2.312/1954:

Art. 22. O tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, **estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata.** (sem grifos no original)

O texto das legislações supracitadas comprovam que desde o século XX o legislador já vinha tentando inserir a família no âmbito do tratamento do portador de transtorno mental, e diminuir a carga do Estado para com esses indivíduos.

Já no final do século XX a lei nº. 9.867/1999 trouxe a época, significativos avanços para a reinserção do portador de transtorno mental na sociedade, mas especificamente no ambiente de trabalho. A legislação dispõe sobre a “criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos conforme especifica”, visando inserir pessoas em “desvantagem” no mercado de trabalho.

Considerando para tanto o termo “desvantagem” as seguintes pessoas, conforme estabelecido no art. 3º da mesma lei

Art. 3º Consideram-se pessoas em desvantagens, para os efeitos desta lei:

I – os deficientes físicos e sensoriais;

II – os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos;

[...]

Acerca da atividade laboral remunerada e sua consequência positiva para a reinserção social do portador de transtorno mental, Paranhos–Passos e Aires (2013) fazem a seguinte consideração:

Segundo Goulart e Guimarães (apud SIDRIN, 2010), o valor atribuído ao trabalho tem raízes históricas na consolidação do capitalismo no século XX. Sendo o trabalho a atividade social mais valorizada, desemprego e informalidade contribuem para a exclusão social (CAMPOS et al. 2003, apud SIDRIN, 2010)”. (PARANHOS-PASSOS E AIRES, 2013, p. 26)

Quando falamos de reinserção social de portadores de sofrimento psíquico, devemos atentar ao elemento “trabalho”. Para tal, é necessário se reportar à história dos manicômios, onde as pessoas internadas eram aquelas não produtivas economicamente (FOUCAULT, 2002), incluindo os portadores de sofrimento psíquico. (p. 25)

[...]

Nesse sentido, uma das marcas da reinserção se refere à ocupação do público em sofrimento psíquico em atividades laborais produtivas, promovendo assim um novo olhar social sobre os usuários da rede de saúde mental. [...] (p. 26)

Os depoimentos dos usuários do CAPS entrevistados pelas autoras acima citadas demonstram a informalidade das atividades laborais desenvolvidas e, portanto, a necessidade e importância de criação de outras, inclusivas como a lei n. 9.867/1999, a fim de absorver a mão de obra que surge com a desinstitucionalização do portador de transtorno mental e assim devolver a dignidade a essas pessoas.

2.3.1 Lobotomia e Leucotomia Cerebral

A lobotomia, técnica curativa idealizada pelo médico português Egas Moniz em 1935 e aperfeiçoada pelo americano Walter Freeman, chegou ao Brasil por intermédio de Aloysio Mattos Pimenta, neurocirurgião do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, logo seguido por outros médicos e foram vistas como promissoras técnicas curativas. (MASIERO, 2003)

A “lobotomia” e a “leucotomia cerebral”, conforme descreve Masiero (2003), apesar de parecerem sinônimos, apresentam diferenças técnicas entre os termos, tendo sido o termo “lobotomia” criado por Freeman-Watts e o termo “leucotomia” criado por Moniz-Lima. Masiero (2003) destaca ainda que, o termo “leucotomia” foi o mais utilizado no Brasil entre os anos de 1936 e 1956.

É enriquecedor trazer aqui a etimologia dos termos para uma melhor compreensão de suas diferenças, ainda que bastante singelas, veja:

Leucotomia vem do grego *leuco* = branco e *tomos* = "corte", "separação", "cisão", ou seja, "corte da substância branca". Mais genérico, o termo lobotomia vem do grego *lobos* = "porção", "parte" e do mesmo *tomos*. (MASIERO, 2003, p. 551)

Discussões acerca do termo que seria mais adequado ao procedimento cirúrgico se deram entre os doutrinadores que pesquisavam e escreviam sobre o tema, como Mario Yahn e Malcolm Carpenter que citados por Masiero defendiam as suas teses:

Yahn (1946) diz preferir o termo leucotomia. "Lobotomia" não especifica que a intervenção é sempre na substância branca e "psicocirurgia" leva a pensar no absurdo de uma cirurgia no psiquismo, quando na verdade é no cérebro, com o intuito de obter um efeito secundário sobre o psíquico. De acordo com Carpenter (1978), a "substância branca", alvo da leucotomia, forma o centro medular das circunvoluções do córtex, sendo composta por fibras que conduzem e recebem impulsos tanto de outras partes do córtex quanto de locais distantes e por fibras que ligam regiões corticais do mesmo hemisfério e entre os hemisférios (MASIERO, 2003, p.551).

No Brasil as psicocirurgias, como eram conhecidas as técnicas de lobotomia e leucotomia, foram realizadas pelo Neorologista Aloysio Mattos Pimenta, auxiliado por José Bottiglieri e pelo psiquiatra Anibal Silveira. (MASIERO, 2003). Pimenta

realizou a primeira leucotomia no dia 25 de agosto de 1936, operando, conforme abaixo:

quatro mulheres, porém, relatou o desenvolvimento de apenas duas. A primeira era uma imigrante russa e judia, de 53 anos, internada no Juquery com diagnóstico de psicose "maníaco-depressiva", "síndrome ansiosa" e "agitação psicomotora". Teve uma ligeira melhora de vários sintomas, mas sofreu algumas recaídas posteriores. (MASIERO, 2003, p. 552)

O estudo prático desenvolvido pelos médicos Paulino W. Longo, Aloysio Mattos Pimenta e Joy Arruda no final da década de 40 apresentaram os seguintes resultados: "1/3 dos pacientes cura-se, 1/3 melhora, 1/3 não é influenciado". (LONGO, PIMENTA E ARRUDA, 1949, p. 136).

Ou seja, a cura ou melhora dos sintomas através das intervenções médicas de lobotomia eram rodeadas de incertezas, vez que apenas 1/3 (um terço) dos pacientes apresentava cura e, numa análise mais detida acerca do estudo ora realizado temos 7 (sete) pacientes que não apresentaram nenhuma melhora com a operação, enquanto que 6 (seis) deles alcançaram a cura, mas no entanto, 2 (dois), deles ainda estavam em observação, sem um diagnóstico de cura confirmado, o que resulta num quadro de 7 (sete) pacientes sem nenhuma melhora em face de 4 (quatro) com o diagnóstico definitivo de cura. (LONGO, PIMENTA E ARRUDA, 1949).

O experimento comprova a incerteza e ineficácia do procedimento cirúrgico utilizado, diferentemente do que alegou os seus pesquisadores quando afirmaram que:

De maneira geral, baseados em nossa pequena experiência e no conhecimento da literatura sobre o assunto, podemos concluir que a lobotomia é método terapêutico de grande valor para certas formas de doenças mentais, principalmente nos casos de ansiedade crônica e na esquizofrenia paranoide. (LONGO, PIMENTA E ARRUDA, 1949, p. 138)

O fato de a pesquisa ter obtido resultados positivos, ainda que, ressaltem-se, insignificantes, não legitima a medicina a se valer de técnicas experimentais, principalmente, àquelas que se sobreponha ao bem estar e integridade física e psíquica do paciente, em respeito e observância à ética médica a qual deve estar lastreada a profissão.

A respeito da ética médica e dos experimentos de lobotomia e leucotomia cerebral realizados nos manicômios brasileiros relacionados à dignidade da pessoa humana, Masiero (2003), traz a seguinte observação:

Nos manicômios, os cirurgiões encontraram um material de pesquisa, de onde poderiam extrair conhecimentos sobre anatomia e fisiologia cerebral e comportamento, conforme admitem, por exemplo, Pimenta (1936, p. 262) e Yahn *et alii* (1948, p. 225). Em suas palavras: "Em 1945, imaginamos tentar a leucotomia não exclusivamente na região frontal, mas em outros lobos cerebrais, pelos motivos que vamos expor. [...] Pautada por diferentes padrões éticos definidos cultural e historicamente, a utilização de seres humanos em pesquisas vem ocorrendo há séculos pelo mundo afora. A falta de um critério consensual e de vigilância em âmbito global permitiu que durante a Segunda Guerra Mundial muitos abusos fossem cometidos contra povos e indivíduos considerados inferiores, em nome de um suposto conhecimento científico. Com o final da guerra, os protagonistas, muitos deles médicos, foram julgados e condenados por crimes contra a humanidade por um tribunal internacional formado na cidade de Nuremberg em 1946. Este tribunal, no entanto, não se limitou a julgar criminosos de guerra. Entre suas ações, elaborou um código de ética para pesquisas com seres humanos que ficou conhecido como Código de Nuremberg. Publicado em 1947, o documento era composto de dez itens [...]"

E, mesmo com o advento do Código de Nuremberg em 1947, as psicocirurgias permaneceram sendo realizadas nos manicômios brasileiros que mantiveram a prática da psicocirurgia até o ano de 1956, nove anos após a publicação do referido Código. (MASIERO, 2003). Em relação à ética médica Yuones (2015) sustenta que:

É indiscutível que toda profissão deve fundamentar-se na ética e a medicina, desde suas origens, tem sido consistente nesse sentido. A ética é a base geradora de confiança no exercício da medicina. Sem ela não é possível estabelecer uma satisfatória relação médico-paciente. A sociedade deve saber que os médicos respondem a uma ética e que, portanto, aplicam todo seu conhecimento e experiência para manter e, dependendo do caso, recuperar a saúde de seus pacientes de um modo geral. (p. 13-14)

O abandono da prática de psicocirurgias no Brasil em 1956, mesmo que tardia, visto a promulgação do Código Nuremberg há 9 (nove) anos, demonstrou que os profissionais médicos estavam em busca de procedimentos menos invasivos e mais eficientes, como o uso de psicofármacos que, ofereciam melhores prognósticos e menores riscos aos pacientes, visto que os pacientes que recebiam tratamento

baseados nas psicocirurgias apresentavam sequelas semelhantes aos de pacientes recuperados de traumatismos craneocefálico, vejamos:

Na década de 1950, alguns psiquiatras voltaram-se para o estudo crítico dos efeitos das psicocirurgias (Medeiros *et al.*, 1954; Silveira, 1955), tão logo se multiplicaram os tratamentos psiquiátricos, tanto de orientação curativa quanto preventiva. Através de testes psicológicos e clínicos, o estudo de Medeiros *et al.* (1954) apontaria o surgimento de distúrbios físicos e mentais ausentes antes das cirurgias, como, em suas palavras, "ataques epilépticos", "alcoolismo", "exacerbado erotismo" etc.. Medeiros afirma que pacientes leucotomizados apresentavam sintomas semelhantes a pessoas recuperadas de traumatismo craneocefálico". (MASIERO, 2003, p.567)

Ou seja, a lobotomia ou a leucotomia cerebral, quando muito raramente conseguiam curar, deixavam sequelas permanentes nos pacientes como: distúrbio cognitivo e visual, paralisia motora, estrabismo, perda do controle muscular, dentre outras implicações, demonstrando não ser, portanto, a lobotomia e a leucotomia cerebral a ferramenta médica mais adequada para tratar o portador de transtorno mental.

2.3.2 A Terapia Ocupacional

No entanto, nem todos os médicos eram adeptos à psicocirurgia, um emblemático exemplo de profissional médico que não se valia do invasivo e doloroso procedimento foi a médica Nise da Silveira, estamos agora no século XX, onde se "inaugura um novo patamar psiquiatria, psicologia, epistemologia dos estudos dos transtornos mentais, conformando um novo território que religa arte, clínica, loucura e subjetividade". (FERNANDES, 2015, p. 14)

Formada em 1927 pela Faculdade de Medicina da Bahia, sendo ela a única mulher entre os 157 homens da turma, Nise da Silveira defendia que o tratamento psiquiátrico poderia se fazer a partir de terapias ocupacionais, buscando basear o tratamento em técnicas que pudessem dar visibilidade aos portadores de transtorno mental, devolvendo-lhes o direito de ser mais do que simples doentes. (FERNANDES, 2015)

Nise da Silveira defendia a prática da psiquiatria humanitária e repugnava veementemente tratamentos psiquiátricos invasivos como o eletrochoque, coma

insulínico e a lobotomia. Fernandes (2015, p. 13) destaca ainda que a médica Nise da Silveira “disse um severo não a para o eletrochoque, travou embates com o coma insulínico e combateu com afinco a lobotomia”.

Castro e Lima (2007) nos trazem a informação de que para Nise da Silveira sustentar a sua opinião foi preciso dar fundamentação científica para o que defendia, dessa forma, buscou no Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Pedro II (1946-1974) desenvolver diversas pesquisas:

com o intuito, entre outros, de: registrar os resultados obtidos com a utilização de atividades; comprovar a eficácia dessa forma de tratamento; investigar efeitos nocivos dos tratamentos psiquiátricos tradicionais; comprovar capacidades criativas e de aprendizado dos esquizofrênicos. Nesse período, foram desenvolvidos, progressivamente, dezessete núcleos de atividades: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc., nos quais procuravam-se oferecer atividades que estimulassem o fortalecimento do ego dos pacientes, a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social, e que servissem como meio de expressão. Nise acreditava que *"se houver um alto grau de crispação da consciência, muitas vezes, só as mãos são capazes de fantasia"* (JUNG apud SILVEIRA, 1981, p.102).

Nise da Silveira buscava ainda sedimentar a ideia de que as atividades de Terapia ocupacional desenvolvida dentro dos hospitais deveriam ter foco na reabilitação do paciente e não em benefícios financeiros à instituição, como bem destaca Castro e Lima (2007) no trecho abaixo:

Nise acreditava que caberia à terapêutica ocupacional parte importante na mudança no ambiente hospitalar e na transformação da própria psiquiatria, desde que as atividades fossem utilizadas com um objetivo clínico, e não para trazer benefícios à instituição, no sentido do desempenho de atividades úteis ao hospital, ou que revertissem em produtos vendáveis. Em suas palavras: *"preferimos ajudar nossos doentes antes de pedir-lhes que ajudem o hospital"* (Silveira, s/d, p.24). (CASTRO E LIMA, 2007, p. 369)

Nise da Silveira (apud FERNANDES, 2015, p.152) alertava para o fato de que:

é quase impossível reunir, num hospital psiquiátrico, as condições favoráveis para ser tentado um tratamento eficaz. **Ao se deparar com o ambiente hospitalar, o individuo recua cada vez mais.** Caso oportunizem a pintura, vai tender à abstração. Caso permaneça encerrado numa enfermaria sem ter ninguém que possa se interessar por suas sofridas vivências, recorre ao mutismo,

isolamento e desagregação (SILVEIRA, 1981, p. 80; MELO, 2010, p. 646) (sem grifos no original)

Temos a partir das inovações trazidas por Nise da Silveira em seu trabalho desenvolvido no hospital Pedro II, o início de uma nova perspectiva acerca dos tradicionais métodos clínicos de tratamentos dispensados aos portadores de transtorno mental no Brasil. Onde o ultrapassado modelo de instituição total asilar, ainda presente, mas prestes a ser abolido, em nada contribuía para o melhoramento da loucura⁴.

Em 1986, os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são criados na cidade de São Paulo, demonstrando um avanço na busca pela desinstitucionalização do portador de transtorno mental. Acerca deste tema se faz importante a dedicação de um tópico em específico e que será tratado mais adiante.

2.4 AUTONOMIA

O termo Autonomia deriva de “autos”, que significa “si mesmo” e de “nómos” que quer dizer “lei”. Para John Stuart Mill, o indivíduo é soberano sobre si mesmo, seu corpo e mente. (ALMEIDA, 2010). No entanto, tomando como base uma visão Kantiana, autonomia é, conforme cita Almeida (2010):

a autonomia é o poder de si sobre si – a liberdade –, exercido pela mediação de uma lei (*nómos*) que a razão impõe a si mesma. Dessa autoimposição advém a moral. Portanto, segundo essa proposição, autonomia e liberdade são conceitos solidários, mas não coincidentes. (ALMEIDA, 2010, pp. 382-383)

Nesse contexto, uma pessoa autônoma é uma pessoa livre para fazer suas escolhas com base num plano por ele criado, sem que um terceiro tenha autoridade sobre suas decisões, acerca disto Almeida (2010) pontua que:

Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir em direção a esta deliberação,

⁴ É essencial sabermos diferenciar reabilitação social de tratamento. O tratamento está relacionado com a remissão dos sintomas, enquanto a reabilitação social está relacionada com a obtenção de habilidades funcionais, que possibilitam que a pessoa viva tão independente quanto possível. Reabilitação “é um processo que visa minimizar os efeitos negativos dos relacionamentos dinâmicos entre fatores biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais e maximizar as habilidades e potenciais latentes da pessoa”. A longo prazo, o seu objetivo é ajudar o sujeito a atingir benefícios pessoais, adquirindo bem-estar e um ótimo nível de funcionamento. (MARZANO E SOUSA, 2004. p. 581)

considerando os valores morais do contexto no qual está inserido. Um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio, de forma análoga à que um governo independente administra seu território e estabelece suas políticas. Respeitar a autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução das ações do sujeito autônomo, a menos que sejam claramente prejudiciais a outros. (ALMEIDA, 2010, p.383)

Uma vez que autonomia está relacionada ao Princípio da Dignidade Humana, conforme destaca Rodrigues (2007) não é admissível que se negue ao agente autônomo o direito de ter as suas decisões respeitadas sob pena de “negar ao indivíduo a liberdade de agir com base neles ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento quando não há razões convincentes para isto”. (ALMEIDA, 2010, p. 383)

Desta maneira, ainda que o indivíduo esteja em estado de transtorno mental ele deve permanecer sendo tratado como sujeito de direito, vez que o portador de transtorno mental quando diagnosticado com um transtorno de ordem psicológica não perde sua condição de ser humano, mas tão somente, tem (ou não) a sua capacidade cognitiva reduzida, é o que nos traz Almeida (2010), veja:

Pacientes psiquiátricos podem (ou não) se encontrar clinicamente impedidos de consentir soberanamente, dado que existe a possibilidade de o distúrbio que os afeta dificultar ou impedir o uso de um ou mais atributos da cognição. Da mesma forma, ocorre com o imaturo ou aqueles que por outras razões de saúde se tornaram incapazes para fazer escolhas e tomar decisões. Como, mesmo em tais condições, as pessoas devem ser tratadas como seres humanos, ou seja, portadoras da dignidade inerente que se confere a todos e qualquer um, simplesmente por serem pessoas, se pode conceber que isso inclua o direito de não serem discriminadas. (ALMEIDA, 2010, p. 385)

No entanto, é importante reconhecer que nem todos os indivíduos pelo simples fato de serem dotados de autonomia possuem capacidade de se autodeterminar. E isto pode acontecer por inúmeras razões que podem, ou não, estar ligada a saúde mental. Diante disto, Almeida (2010), alerta para o fato de que “Deve haver, e, portanto, deve-se buscar uma forma de garantir o direito à autodeterminação na ausência de capacidade para a tomada de decisão”. (ALMEIDA, 2010, p. 386)

Uma pessoa com a autonomia diminuída não deve ser privada de tomar decisões, deve receber amparo para que as suas escolhas permaneçam sendo

tomadas e ela possa continuar mantendo a sua dignidade. Nesta seara Almeida (2010) assevera que:

[...] a autonomia pode ser incluída no eixo dependência-independência. Quanto maior for o grau de independência, maior a probabilidade de autonomia, mas, em condições de dependência parcial, o sujeito ainda assim pode ter a autonomia preservada, dependendo dos arranjos sociais que for capaz de estabelecer.

Assim, a ideia de exclusão e limitação de direitos do portador de transtorno mental não pode mais se sustentar no mero fato de possuir o indivíduo um transtorno psíquico, haja vista a possibilidade de se criar meios de amparar as suas escolhas.

2.4.1 Autonomia Privada e Autonomia da Vontade

O instituto da autonomia privada majoritariamente difundido e trabalhado está historicamente ligado ao aspecto patrimonial. Francisco Amaral conceitua a autonomia privada como, “O poder que os particulares têm de regular, pelo exercício de sua própria vontade, as relações de que participam, estabelecendo-lhes o conteúdo e a respectiva disciplina jurídica”, expressando, dessa forma, um poder objetivo e concreto no direito, sendo, portanto, a causa do negócio jurídico. (AMARAL, 2008)

Diante da importância da autonomia privada nas relações jurídicas é possível afirmar que a ausência desse princípio colocaria a pessoa humana numa posição de “mero instrumento a serviço da sociedade” (AMARAL, p. 78)

O princípio da autonomia privada tem a sua gênese na liberdade individual que pode ser definida como, “liberdade é o poder de praticar ou não, ao arbítrio do sujeito, todo ato não ordenado nem proibido por lei, e, de modo positivo, é o poder que as pessoas têm de optar entre o exercício e o não exercício de seus direitos subjetivos” (AMARAL. p. 78)

É permitido, portanto, afirmar que a autonomia privada dá aos indivíduos o poder de criar suas próprias normas jurídicas, óbvio que nos limites da lei. (AMARAL. P. 383)

Em outras palavras é afirmar que o Direito reconhece que nas relações de direito privado, estes sujeitos são os mais indicados para tratar de seus interesses.

Logo a regulação jurídica é melhor desenvolvida e aplicada vez que praticada pelos seus interessados. Mas, no entanto, não podemos dizer que a autonomia privada não é um poder originário e ilimitado, pois originasse do próprio ordenamento jurídico estatal, e ainda assim, o que tem se observado é que a sua atuação tem, sido minimizada por conta da atuação do Estado. (AMARAL, 2008. p. 80)

Conforme já narrado em parágrafos anteriores a autonomia privada se faz presente, primordialmente, nos contratos diante disto, a vontade deve ser livremente manifestada, sob pena de anulação do ato jurídico.

Ou seja, a autonomia privada mesmo possibilitando uma ampla liberdade para contratar, possui regramentos que protegem as partes, principalmente se observado que uma delas foi injustiçada, enganada ou coagida a contratar, o que resultará como dito, na anulação do ato.

Noutras palavras, o Princípio do Consensualismo não é ausente de regras como aparenta ser, onde, bastaria a vontade das partes para a realização e validade do negócio jurídico, ao contrário, vai muito além da mera vontade de contratar, pois o Princípio da boa-fé contratual deve estar presente em cada etapa da contratação.

Conforme muitíssimo bem asseverado por Amaral, a boa-fé “têm função de auxílio a prática judicial como critério orientador na interpretação e integração dos contratos, em contraposição ao princípio da autonomia privada”. (AMARAL, 2008. p. 83)

Tal interligação entre os princípios visa combater comportamentos que venham ser nocivos ou desleais entre os contratantes. Logo, o Princípio da autonomia privada se analisado por si só, pode ser nocivo aos contratantes, ou o mais comum, a apenas um deles. É por esta razão que ele busca amparo no princípio da boa fé, para trazer equilíbrio à relação contratual. Dessa forma, perfeitamente possível, concluir que toda liberdade sem regras é danosa, sejam quais forem as partes envolvidas.

E, reforçando a ideia de que a autonomia possui estreita ligação com a liberdade, Dias e Reis (2014) citando Gurgel (2006, pp. 10-11) nos traz a seguinte informação “A liberdade e a consciência são atributos fundamentais da pessoa humana, por meio dos quais o homem se torna capaz de escolher suas atividades e avaliar as consequências de seus atos”.

A doutrina costumeiramente utiliza os termos “autonomia privada” e “autonomia da vontade” como sinônimos, no entanto, com a promulgação da

Constituição cidadã em 1988, a autonomia da vontade adquiriu uma roupagem mais subjetiva enquanto que a autonomia privada possui um caráter mais objetivo, conforme assevera Dias e Reis (2014) ao nos trazer o seguinte entendimento:

Os termos “autonomia da vontade” e “autonomia privada” são costumeiramente utilizados como sinônimos, porém, há autores que os distinguem, pondo em evidência que a autonomia da vontade recebeu nova interpretação através do prisma constitucional lançado, tomando a forma atual de autonomia privada (FARIA, 2007). Esta detém um caráter mais objetivo, distinguindo-se da antecessora, que apresentava certa vagueza e subjetividade em seus contornos. (DIAS E REIS, 2014, p. 137)

Para Roxana Borges (2007), a autonomia da vontade teria dado lugar à autonomia privada, em virtude de ser uma teoria superada. Afirmando que a autonomia privada seria mais adequada ao modelo de Estado Liberal existente em razão da Constituição Cidadão de 1988.

2.4.2 Autonomia Existencial

O instituto da autonomia majoritariamente difundido e trabalhado está historicamente ligado ao aspecto patrimonial, mas, no entanto, o que se busca com essa pesquisa é abordar o lado subjetivo da autonomia do portador de transtorno mental, deixando de lado a autonomia privada para se dedicar à autonomia existencial.

A autonomia existencial é pautada na ideia de desenvolvimento e gozo da personalidade dos portadores de transtorno mental que se encontra reduzida diante da saúde mental comprometida. (REQUIÃO, 2015)

Tão importante quanto à autonomia em seu contexto patrimonial é a autonomia existencial pautada nos direitos extrapatrimoniais do sujeito, aqueles relacionados “à morte digna, eutanásia, aborto, pena de morte, manipulação de embriões, direitos pessoais de família, sexualidade e identidade de gênero”. (REQUIÃO, 2015, p. 44). E também aqueles trazidos pela Lei nº. 13.146/2015, Estatuto da Pessoa com Deficiência, que no artigo 6º, estabelece que o portador de transtorno mental não estará incapacitado para realizar os seguintes atos da vida civil:

Art. 6º - A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Beauchamp e Childress (apud REQUIÃO 2015, p. 44) defendem que a autonomia existencial “se vincula com a ideia de fornecer ao indivíduo o conhecimento e a liberdade necessários para tomar uma decisão de modo consciente e independente”. Acerca dos mecanismos que podem ser usados para proporcionar ao portador de transtorno mental uma tomada de decisão “consciente” e “independente”, podemos citar a Tomada de Decisão Apoiada, trazida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei n. 13.146/2015, a qual alterou o Código Civil e incluiu o art. 1.783-A passando a vigorar com a seguinte redação:

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.

É dessa forma, portanto, criando mecanismos de amparo, orientação e esclarecimento, que o portador de transtorno mental, pessoa vulnerável que é, poderá exercer a sua cidadania assim como qualquer outro cidadão a exerce.

Entretanto, com o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência, grande vitória após anos de luta em prol dos direitos do portador de transtorno mental, e instituição do modelo de autonomia existencial amparado pela Tomada de Decisão Apoiada surge um novo desafio, empoderar esses indivíduos sem, no entanto, intensificar a sua condição de vulnerável em razão da exposição e liberdade contratual, ainda que, ainda que amparada pela Tomada de Decisão Apoiada, estarão expostos.

3 ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, INCAPACIDADES E INTERDIÇÃO – LEI Nº. 13.146/2015: A evolução do tratamento à pessoa com deficiência mental.

A partir dos efeitos que o Movimento de Reforma Psiquiátrica ocasionou na seara médica, social e, sobretudo jurídica como a desinstitucionalização com e a redefinição dos modelos hospitalocêntricos e criação de leis que visavam reinserir o portador de transtorno mental no meio social e familiar, fez-se de salutar importância a elaboração de leis que garantissem o pleno desenvolvimento da capacidade civil dos portadores de transtorno mental.

O marco dessa conquista é a lei nº. 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, onde a partir dela outras normas jurídicas como Portarias e Decretos foram sendo criados a fim de possibilitar a reinserção social do portador de transtorno mental.

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O isolamento do louco em alas e instituições totais, remonta desde o século VII (REQUIÃO, 2016). A segregação social era a solução para tratar aqueles considerados loucos. Enclausurados dentro de suas próprias casas ou em manicômios, seu quadro clínico em nada melhorava (GOFFMAN, 1974).

A esse respeito Foucault na sua Obra “História da Loucura”, assevera que é “a partir de Pinel, Tuke, Wagnitz, sabe-se que os loucos, durante um século e meio, foram postos sob o regime desse internamento”.

Phillippe Pinel, o pai da psiquiatria, propôs no século XVIII, um novo modelo hospitalocêntrico para o tratamento dos “loucos”. Onde o doente permaneceria internado, mas, no entanto, seria libertado das correntes, com isso, “várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa”. Acerca deste comportamento falacioso de libertação, Foucault faz uma crítica dizendo que “e entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá – não nos esqueçamos – que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos “libertado” (FOUCAULT, 1972, p. 55)

É na segunda metade do Século XX na Itália é que tem início a Reforma. Influenciada pelo Psiquiatra Franco Basaglia, o qual na obra intitulada “A Instituição

Negada”, relata como surgem as relações de poder nas instituições totais, como as escolas, as famílias, fábricas, universidades, hospitais, presídios e manicômios.

Franco Basaglia descreve que a violência exercida dentro das instituições totais é decorrente da “nítida divisão de tarefas” entre os que têm poder e os que não os têm. Situação que traduz “uma situação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro”, o autor finaliza resumindo que “a violência e a exclusão está na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade”. O autor ainda acrescenta que a violência se justificaria como uma “consequência da finalidade educativa” já a exclusão encontraria justificativa na “culpa” e na própria “doença”, sendo, assim, chamadas de “instituições da violência” (BASAGLIA, 1985, p. 101).

Basaglia traz uma visão sobre as novas formas e figuras de violência da chamada sociedade “do bem estar” e “da abundância” que nos fazem refletir acerca da perpetuação da violência, agora disfarçada de “violência técnica”, onde a função dessas novas figuras, psiquiatra social, psicoterapeuta, assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo da empresa, no que a tarefa é “adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de “objetos de violência”, dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é ser objeto de violência se rejeitar todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas”. Nesse contexto, o autor finaliza concluindo que o “desempenho de um ato terapêutico que não passa de um ato de violência em relação ao excluído, que nos foi confiado para que controlássemos tecnicamente as suas reações diante do excludente”. (BASAGLIA, 1985, pp. 102-103)

É diante desse cenário de opressão, exclusão e violência havida dentro dos manicômios que se inicia o Movimento de Reforma Psiquiátrica “profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais”.⁵

3.2 O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Historicamente, o desamparo médico e social vivido pelo portador de transtorno mental remonta desde a época da Revolução Industrial no século XVIII, quando “a mendicância errante dos desempregados se une àqueles dos loucos,

⁵ A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>, Acesso em: 01 Ago. 2017

criando uma massa de sujeitos indesejáveis socialmente” (REQUIÃO, 2016, p.88). Tal descaso foi retratado por Machado de Assis na obra, *O Alienista* quando diz que “Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida, os mansos andavam à solta pela rua” (MACHADO DE ASSIS, 1994, p. 1).

E, diante da grande massa indesejada que se acumulava nos centros urbanos da Europa Ocidental no período da Revolução Industrial, o Estado deu início ao processo de higienização social enviando para a prisão os loucos que nas ruas se encontravam. Neste período, o tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental, criminosos e mendigos era o mesmo, não havia nenhuma distinção entre eles (REQUIÃO, 2016).

A institucionalização do portador de transtorno mental em hospitais psiquiátricos para tratamento da doença tem seus primeiros registros na Europa nos séculos XIV e XV, entretanto, o confinamento destes indivíduos ainda possuía caráter de limpeza social, conforme assevera Requião (2016).

Aprisionados nas ditas “instituições totais” que, para Goffman (1974), eram aquelas que não permitiam o contato do portador de transtorno mental com o mundo externo nas quais, barreiras sociais ou físicas eram usadas para alcançar tal fim, o resultado desses bloqueios ao mundo externo era a “morte civil” de seus internados, vejamos o que assevera Goffman acerca disto:

Embora alguns papéis possam ser restabelecidos pelo internado, se e quando ele voltar para o mundo, é claro que outras perdas são irrecuperáveis e podem ser dolorosamente sentidas como tais. Pode não ser possível recuperar, em fase posterior do ciclo vital, o tempo não empregado no progresso educacional ou profissional, no namoro, na criação dos filhos. Um aspecto legal dessa perda permanente pode ser encontrado no conceito de “morte civil”. (GOFFMAN, 1974, p. 25)

Diante deste contexto, de “morte civil” e “mutilação do eu” (GOFFMAN, 1974), faz-se necessário medidas de ordens jurídicas e públicas a fim de reinserir esses indivíduos na sociedade devolvendo-lhes o status perdido de cidadão. Deste modo, em 1903 o Decreto nº. 1132, conhecido como a Lei de Assistência aos Alienados, foi sancionado, tendo sido a primeira lei a tratar especificamente sobre o portador de transtorno mental no Brasil trazendo garantias como a de solicitar a qualquer tempo

novo exame de sanidade, proibição de manter os alienados nas cadeias públicas ou entre criminosos (REQUIÃO, 2016).

Mas, ainda assim, o Decreto deixa a desejar ao passo que naturalizava a internação como meio de tratar o portador de transtorno mental sendo omissos no tocante a criação de políticas públicas de reinserção do portador de transtorno mental na sociedade, contribuindo, portanto, para a perpetuação da morte civil descrita por Goffman.

O cenário de “invisibilidade social” marcado pela segregação social e estigmatização do portador de transtorno mental como um indivíduo permanentemente incapaz de gerir a sua vida, começa, de forma ainda incipiente, a tomar novos rumos no século XIX com a chegada da Família Real ao Brasil.

Dessa forma, os “loucos” que antes vagam sem rumo pelas ruas das cidades, passam a ser considerados uma ameaça à ordem pública e aqueles que se comportassem de forma violenta eram confinados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, onde ali permaneciam amarrados e enclausurados sem nenhuma assistência médica ou cuidados com a higiene do ambiente ou corporal. (FONTE, 2012)

É na década de 70, que surge a Reforma Psiquiátrica no Brasil, onde as denúncias de maus tratos e mercantilização da loucura surgem no país. (Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, p.07). A Reforma Psiquiátrica já havia acontecido na Itália e servia de inspiração para o Brasil que começava então a dar seus primeiros passos para a desinstitucionalização psiquiátrica.

No ano de 1987 aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), onde ainda no mesmo ano foi realizada a Conferência Nacional de Saúde Mental, no estado do Rio de Janeiro.

E assim, a partir desses eventos, o cenário antimanicomial começa a apresentar mudanças, fazendo surgir o primeiro CAPS, em 1987 no estado de São Paulo.

Já em 1990, o Brasil se torna signatário da Declaração de Caracas que propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, desde então diversas outras leis e decretos vem sendo editadas com o fim de desinstitucionalizar o portador de transtorno mental.

Como dito, é a partir da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no século XX, que o triste cenário de abandono e maus tratos vivenciado pelos

portadores de transtorno mental no Brasil até aquele período da história, começam a tomar novos rumos.

Com a promulgação da lei nº. 10.216/2001, mas conhecida como a Lei Antimanicomial, os portadores de transtorno mental conquistaram, dentre tantos outros, o direito de serem atendidos em CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, com o apoio de uma equipe multidisciplinar, em substituição aos hospitais psiquiátricos⁶.

Dessa forma, o usuário que antes era afastado do convívio social e familiar por conta dos longos períodos de internamento passa a desfrutar de um modelo assistencial psiquiátrico pautado na dignidade da pessoa humana, onde temos, portanto, o início de uma tutela aos direitos da personalidade desses indivíduos que, até então, experimentavam as consequências da “morte civil”, citada por Goffman em seu livro *Manicômios, Prisões e Conventos*.

A partir deste momento temos o surgimento do processo de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, conforme destacou o Ministério da Saúde em sua cartilha - *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* -, publicada no ano de 2004, vejamos:

A Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002 reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Assim, o portador de transtorno mental tem hoje um local especializado para tratamento de sua patologia e conta com uma equipe médica multidisciplinar que visa dar efetividade as leis criadas e possibilitar a reinserção do usuário no meio social e familiar. Deste modo, faz-se justa a elaboração e implantação de mecanismos que proporcionem a este grupo de indivíduos a possibilidade de interagir com meio social em que vivem vez que, apesar de suas diferenças, o seu valor e papel social não se perdem com o diagnóstico da patologia mental. Fazendo, portanto, total sentido que os demais integrantes da sociedade, os ditos normais, se

⁶ Art. 3º, da lei nº. 10.216/2001 e Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002

solidarizem com o próximo, pois o “portador de transtorno mental, que hoje pode ser o outro, amanhã pode ser o si” (Requião, 2016, p. 148).

Dessa forma, políticas públicas e leis que visem criar mecanismos para o empoderamento do portador de transtorno mental na sociedade devem ser incentivadas, mas, no entanto, não podemos fechar os olhos para o fato de estarmos diante de um grupo de pessoas vulneráveis o que, obviamente, exige uma atenção maior por parte do Estado e da sociedade a fim de não intensificar essa condição.

3.3 A CAPACIDADE CIVIL DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL NO CÓDIGO DE 1916.

A capacidade civil está associada a duas noções de conceito, sendo a primeira uma aptidão para aquisição e gozo dos mais variados direitos subjetivos e que seria inerente do ser humano onde este teria habilidade para a aquisição e titularidade de direitos.

Já a segunda noção está associada ao discernimento como critério de juízo, prudência, sendo do ponto vista jurídico a “aptidão para distinguir o que é bom e o que é mau, o que é lícito do que não é o que é conveniente do que prejudicial”. (ANTONIO CHAVES, 1978, p. 02). Ao que parece o Código Civil de 1916, instituído pela lei nº. 3.071/1916 adotava a primeira noção de capacidade, pois colocava o portador de transtorno mental numa condição de absolutamente incapaz, ou seja, sem nenhuma aptidão para distinguir o que é bom ou mal, lícito ou ilícito.

Assim, marcado pela proteção patrimonial e hierarquização patriarcal da família, o Código Civil de 1916 trazia na redação do seu artigo 5º, inciso II, o louco como absolutamente incapaz, veja:

Art.5.º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente atos da vida civil:

I - Os menores de dezesseis anos.

II - Os loucos de todo o gênero.

III - Os surdos-mudos, que não puderem exprimir a sua vontade.

IV - Os ausentes, declarados tais por ato do juiz.

Conforme acertada observação de Soalheiro (2012), no Código Civil de 1916 as dificuldades, problemas e infortúnios de cada ser humano, não eram levados em

consideração para medir e determinar a sua capacidade civil, pois o olhar da legislação para o ser humano era um olhar abstrato, por esta razão aquele que se apresentasse, ainda que momentaneamente, incapaz de exercer algum ato da vida civil era, automaticamente, rotulado e tratado como “loucos de todo o gênero”. (SOALHEIRO, 2012, p. 2)

O advento do Código Civil de 1916 trouxe críticas acerca do tratamento dispensado ao dito “louco” comparado ao tratamento e nível de capacidade e sanidade mental que outrora este indivíduo possuía nas Ordenações sendo substituídas pelo Código Civil de 1916. Nas Ordenações o “louco” tinha os chamados “intervalos lúcidos” reconhecidos, algo que suprimido no Código Civil de 1916, podendo ser considerado um retrocesso jurídico. Acerca deste assunto se faz relevante trazer o Título CIII, 3, das Ordenações:

E sendo furioso por intervalos e interposições de tempo, não deixará seu pai, ou sua mulher de ser seu curador no tempo, em que assim permanecer sisudo, e tornado a seu entendimento. Porém, enquanto ele estiver em seu siso e entendimento, poderá governar sua fazenda, como se fosse de perfeito siso. E tanto que tornar à sandice, logo seu pai, ou sua mulher usará da curadoria, e regerá e administrará a pessoa e a fazenda dele, como dantes. (REQUIÃO, 2015, p. 71).

Perceba que nas Ordenações havia a previsão de que enquanto o “louco” permanecesse em seu juízo lhe seria dado o direito de gerir seu patrimônio, como qualquer outro indivíduo tido como são. Desta maneira, “louco”, com a entrada em vigor do Código Civil de 1916, perde as suas peculiaridades, ou seja, tem sua incapacidade identificada de forma totalmente abstrata.

Requião (2015) ao citar Baptista de Mello pontua que o Código Civil de 1916 classificava a incapacidade de exercício em “incapacidade natural” e “incapacidade legal”, onde:

a incapacidade de exercício como podendo ser natural ou legal. Na natural inclui as pessoas privadas de discernimento, os menores, os loucos de todo gênero durante o tempo da moléstia, os surdo-mudos que não puderem exprimir sua vontade e o ausente. Já a legal abrangeria os “defeitos de madureza do espírito, certas enfermidades morais, o estado da mulher casada etc

Nesse contexto, de “evolução” jurídica acerca da capacidade do “louco” no ordenamento brasileiro a partir do Código Civil de 1916, Carvalho apud Requião

(2015), considera que a nova norma deixou de tutelar outros sujeitos, apontando para um retrocesso jurídico e social:

Assim, ao classificar como “louco de todo o gênero” Quanto a isso, havia à época crítica indicando que a alusão tão somente aos loucos teria deixado de regulamentar outros sujeitos como os “fracos de espírito” e “psicopatas (REQUIÃO, 2015, p. 73)

Uma vez que personalidade jurídica tem relação com pessoalidade, faz importante fazer esclarecimentos acerca do termo “pessoalidade”, para então, compreendermos como se dava a capacidade civil no Código Civil de 1916.

O termo “pessoalidade” tem gênese no latim, *personalitas*, que significa “qualidade de ser pessoa”, logo, depreende-se que somente possui pessoalidade aquele que detém a qualidade de pessoa. Na modernidade, consoante nos traz Soalheiro (2012, p. 3):

“a concepção de pessoalidade estava associada a uma liberdade formal, em que se tinha uma ideia de autonomia isolada dos demais membros da sociedade, o que não mais se sustenta, haja vista que hoje a pessoalidade está interligada à ideia de alteridade”.

Logo, a pessoalidade não é construída dentro do Direito, mas sim a partir da autodeterminação, da pessoalidade que o indivíduo desenvolve e reconhece como sendo sua, veja nas palavras de Soalheiro:

A construção da pessoalidade, isto é, da condição de ser pessoa, ocorre fora do Direito. O Direito não cria a pessoa. É a partir da autodeterminação, dessa criação da pessoalidade, que o Direito vai intervir nessa construção. Assim, a personalidade jurídica só vai existir a partir da pessoalidade se a pessoa se reconhecer como tal. **Certo é que o Direito não pode criar uma realidade que não seja aquela que exista**, em verdade, que ele tem que conformar a partir daquela realidade já existente. Então, essa ciência jurídica não pode criar o que é incapacidade. A incapacidade é o que existe ou que não existe. (SOALHEIRO, 2012, p. 4)

A partir dos esclarecimentos trazidos acerca do que é pessoalidade e como ela se dava dentro da seara do direito na égide do Código Civil de 1916 e de quem era capaz de possuí-la, ou seja, aqueles com aptidão de “autonomia isolada dos demais membros da sociedade”, o que se observa no Código Civil de 1916 é que o “louco” não era detentor de “pessoalidade” visto que a norma da época, consoante o artigo 5º, II, não lhe concebia a autonomia isolada perante membros da sociedade, pois absolutamente incapazes eram considerados.

Contudo, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a chamada Constituição Cidadã, a qual tem a pessoa humana como centro do ordenamento jurídico, passou-se a ter uma visão menos abstrata a acerca das pessoas, passando a observar e considerar as singularidades de cada um na sociedade.

A título de exemplo dessa mudança de ótica do novo ordenamento jurídico, temos a criação do Estatuto do Idoso, lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, demonstrando a preocupação do Estado com aqueles indivíduos que por alguma razão se mostravam vulneráveis na sociedade. (Soalheiro, 2012, p. 2)

Com o advento do Estatuto da Pessoa com Deficiência, o texto do atual Código Civil brasileiro passou a vigorar com relevante alteração no que diz respeito a capacidade civil dos portadores de transtorno mental, onde o deficiente mental que antes era considerado no art. 3º como “absolutamente incapaz de exercer atos da vida civil” foi trazido para o art. 4º numa posição de “incapaz relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer”, acrescido ainda por aqueles que por causa permanente não puderem exprimir sua vontade, veja:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos. (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

I - (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

II – Os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; (Revogado); (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

III – Os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade. (Revogado). (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

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

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; (Redação dada pela Lei nº 13.146, de 2015)

IV - os pródigos.

Observe que o termo “louco”, usado no Código Civil de 1916 foi substituído no Código Civil de 2002 a partir da nova redação dada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, pelo termo “aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”.

Percebe-se, portanto, que ao longo do desenvolvimento jurídico brasileiro, a mensuração da (in) capacidade civil do portador de transtorno mental, percorreu caminhos entre a relativização do estado de “siso” (juízo), como observado nas Ordenações vigentes a época do Brasil- Colônia, à pessoa em seu estado abstrato, como no Código Civil de 1916, já com a Constituição Federal de 1988 e a instituição do Código Civil de 2002, ambos pautados no Princípio da Dignidade Humana, a determinação da (in) capacidade passa a ser orientada a partir das peculiaridades e vicissitudes da cada sujeito.

Por fim, com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência, em 2015, a in-capacidade do portador de transtorno mental passa a ser mensurada a partir da condição que cada um apresentar possuir para a prática dos atos da vida civil, melhor dizendo, o portador de transtorno mental tem, pouco a pouco, se empoderado da capacidade civil e autonomia existencial, que lhes foram juridicamente usurpados quando da criação de leis que os colocavam numa posição de total incapacidade civil.

3.4 A LEI Nº. 10.216/2001 E O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Em 1989 é apresentado o projeto de Lei nº. 3.657 do Deputado Paulo Delgado que, mais tarde, em 2001, se transformaria em norma jurídica, a Lei nº. 10.216/2001, mais conhecida como a Lei Antimanicomial.

A lei nº. 10.216/2001 completou 16 (dezesesseis) anos de promulgada em abril de 2017 e é fruto dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica havidos no Brasil, nos séculos XIX e XX. Movimentos sociais que buscam desinstitucionalizar a loucura, proporcionar ao portador de transtorno mental tratamento médicos dignos e, sobretudo e paulatinamente, reinserir esses indivíduos na sociedade e família.

O projeto de lei dispunha originalmente sobre “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”.

Mas, no entanto, teve a sua ementa alterada pelo Senado e o texto passou a vigorar da seguinte forma: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

É importante destacar o cenário histórico e político vivido à época da proposta de lei apresentada. O ano era 1989, ou seja, estávamos há tão somente, 1 (um) ano de promulgada da Constituição Federal, norma que consolidou a transição de um país sob o regime ditatorial para um regime democrático, vivíamos a era da Constituição Cidadã.

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

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

Ainda muito precária, mas já libertadora, a Lei Antimanicomial com fundamento nos direitos de terceira e quarta geração, legitima os direitos do portador de transtorno mental no sentido de garantir expressamente no texto do artigo 1º, sem nenhuma distinção de gênero, etnia, religião ou classe social, os direitos e a proteção dos indivíduos integrantes desse grupo vulnerável. Discorre o Artigo 1º da Lei nº. 10.216/2001 que:

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

A garantia de proteção aos direitos do portador de transtorno mental a partir de uma lei específica como esta é de suma relevância para estes indivíduos que, até então, não dispunham de nenhuma norma especialmente desenvolvida e pensada

para o portador de transtorno mental no sentido de inclusão social e tutela de direitos civis.

Dessa maneira, a Lei Antimanicomial além de ser uma norma de caráter inclusivo vez que busca inserir o portador de transtorno mental na sociedade e família, conforme assevera o artigo 4º, parágrafo 1º e 3º, é também garantidora de direitos civis, como assegura o artigo 2º, parágrafo único em seus 9 (nove) incisos, proteções que antes do advento da Lei jamais foram objeto de tutela pelos legisladores.

A partir do advento da lei nº. 10.216/2001, os leitos em hospitais psiquiátricos sofreram uma progressiva redução. No entanto, para que isto pudesse ter efeito, outras leis foram criadas a fim de dar suporte ao novo modelo psiquiátrico que se propunha implantar. A lei nº. 10.708/2003 é um exemplo disso, ela institui o Programa De Volta para Casa, por meio do qual os internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos passam a contar com programa de suporte social que potencializa seu processo de alta hospitalar e reintegração social.

Somado a isso, temos a Portaria nº. 52/2004 que institui o “Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004”. E, apenas a título de curiosidade, faz-se salutar trazer a informação de que o Estado da Bahia era um dos 8 (oitos) Estados que mais concentrava leitos psiquiátricos no país, conforme comprova o item 12.1 da Portaria nº. 52/2004, veja:

12.1. Nos Estados **com grande concentração de leitos psiquiátricos** – São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Goiás, **Bahia** e Alagoas - a Secretaria de Estado da Saúde, através da área técnica de saúde mental, constituirá Grupo Técnico de Avaliação e Acompanhamento, do qual fará parte um representante do Ministério da Saúde, encarregado de acompanhar o desenvolvimento do Programa, em articulação com a Comissão de Avaliação e Acompanhamento de âmbito federal.

Como forma de entender o processo de exclusão enfrentado pelos portadores de transtorno mental é importante vislumbrar a dicotomização existente entre “normal” e “anormal”. No sentido de que o “normal” estaria em conformidade com a norma legal vigente naquela sociedade, e o “anormal” estaria em total descompasso com a lei e com o padrão médico estabelecido para viver em sociedade, razão pela qual, deveriam ser tais indivíduos afastados da sociedade, pois se encontravam fora dos padrões legais de direito e saúde. (JUNIOR e VENTURA, 2013).

Sendo assim, o “louco” precisava ser afastado da sociedade e envolvido num ambiente que pudesse torna-lo inofensivo à sociedade, em vista disso, eram então colocados em manicômios numa evidente forma de “eliminar um problema”. (CORREIA JUNIOR e VENTURA, 2013).

Com o advento da lei nº. 10.216/2001 no século XXI, o conceito de loucura se tornou multidisciplinar. Onde o diagnóstico da doença possui parâmetros bem mais amplos que em séculos passados possibilitando ao portador de transtorno mental se tornar cidadão sujeito de direitos e retornar à sociedade mesmo que de forma tímida e incipiente, razão pela qual a lei ser considerada de grande avanço tanto na seara do direito quanto na saúde mental.

Foi após a entrada em vigor da lei nº. 10.219/2011 que o sistema público de saúde destinou recursos específicos para a área da saúde mental, instituindo a Portaria nº. 336/2002 e criando diversas modalidades de CAPS. Constituindo, inclusive o CAPS infanto-juvenil, uma parcela da população que até então não dispunha de políticas públicas. (DELGADO, 2001)

Existe uma relação direta entre a lei nº. 10.216/2001 e os Direitos Humanos que segundo conceito da ONU consiste em “direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição”, possuindo como características mais importantes:

Os direitos humanos são fundados sobre o respeito pela dignidade e o valor de cada pessoa;

Os direitos humanos são universais, o que quer dizer que são aplicados de forma igual e sem discriminação a todas as pessoas;

Os direitos humanos são inalienáveis, e ninguém pode ser privado de seus direitos humanos; eles podem ser limitados em situações específicas. Por exemplo, o direito à liberdade pode ser restringido se uma pessoa é considerada culpada de um crime diante de um tribunal e com o devido processo legal;

Os direitos humanos são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, já que é insuficiente respeitar alguns direitos humanos e outros não. Na prática, a violação de um direito vai afetar o respeito por muitos outros;

Todos os direitos humanos devem, portanto, ser vistos como de igual importância, sendo igualmente essencial respeitar a dignidade e o valor de cada pessoa.⁷

Prova disto é o julgamento do caso Ximenes Lopes⁸ na Corte Internacional de Direitos Humanos da Costa Rica, o fato ocorreu em 1999 mais somente em 2006

⁷ Disponível em <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>. Acesso em 19 Ago. 2017

teve a sentença prolatada. Fato que apesar de ocorrido antes da entrada em vigor da lei nº. 10.216/2001 comprova a robusta relação da lei antimanicomial com os Direitos Humanos haja vista que a defesa brasileira se posicionou da seguinte forma:

A defesa brasileira se deu nos seguintes termos: reconhecia a responsabilidade pelo fato, mas argumentava que vinha tomando todas as medidas para a não repetição, conceito importante nos tribunais de direitos humanos, que obriga o país a comprovar que está tomando as medidas e providências para que o agravo aos direitos humanos não se repita. Essas medidas eram a própria edição da lei, as medidas de fiscalização e fechamento de estabelecimentos como a Clínica Guararapes, de Sobral, leis como a do Programa De Volta para Casa e a substituição do modelo de atendimento centrado em hospitais pela rede de serviços comunitários. (DELGADO, 2011, p. 6)

A essa época, 2006, a lei nº. 10.216/2001 apesar de já vigente não impediu o Brasil de ser condenado pela Corte Interamericana, declarando a Corte a seguinte sentença⁹:

Por unanimidade, admitir o reconhecimento parcial de responsabilidade internacional efetuado pelo Estado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, nos termos dos parágrafos 61 a 81 da presente Sentença.

Dessa maneira, fica evidente a relação e importância havida entre Direitos Humanos e a Lei Antimanicomial, Delgado (2011) defende que:

a tese de que a questão dos direitos humanos tem que ser compartilhada como responsabilidade pela sociedade e pelo Estado: a sociedade é instituinte do Estado e o Estado tem que ser co-partícipe dessa responsabilidade". (DELGADO, 2011, p. 6)

⁸ denúncia nº 12.237, recebida na Secretaria da Comissão em 22 de novembro de 1999. Morte de Damião Ximenes Lopes, portador de deficiência mental, pelas supostas condições desumanas e degradantes da sua hospitalização; pelos alegados golpes e ataques contra a integridade pessoal de que se alega ter sido vítima por parte dos funcionários da Casa de Repouso Guararapes. A vítima foi internada em 1º de outubro de 1999 para receber tratamento psiquiátrico na Casa de Repouso Guararapes, um centro de atendimento psiquiátrico privado, que operava no âmbito do sistema público de saúde do Brasil, no Município de Sobral, Estado do Ceará. Damião Ximenes Lopes faleceu em 4 de outubro de 1999 na Casa de Repouso Guararapes, após três dias de internação. Seu cadáver apresentava marcas de tortura; seus punhos estavam dilacerados e totalmente roxos, e suas mãos também estavam perfuradas, com sinais de unhas e uma parte do seu nariz estava machucada. A causa da morte foi dada pelos médicos como "morte natural, parada cardiorespiratória" e nada mais. (trechos da sentença do Caso Ximenes Lopes *Versus* Brasil, 2006)

⁹ Sentença Caso Ximenes Lopes *Versus* Brasil, 2006, p. 83

Criar normas jurídicas pautadas nos Direitos Humanos é promover a Dignidade da Pessoa Humana vez que leis amparadas nas características dos Direitos Humanos de “respeito pela dignidade” e “valor da pessoa humana”, tem mais chances de proteger os cidadãos do abuso estatal, conforme assevera Cantali (2008):

A dignidade humana, para além da sua dimensão ontológica, histórico-cultural e intersubjetiva, é também concebida em uma dupla dimensão: uma negativa, em que se manifesta através do imperativo de proteção dos cidadãos contra o arbítrio estatal e a guarda eficaz dos direitos fundamentais e uma positiva, promocional, de onde se extrai a atribuição à pessoa humana de uma capacidade de autodeterminação dos interesses existenciais, a qual é a mais pura expressão da autonomia privada e da liberdade que as pessoas têm para a conformação e desenvolvimento de seus interesses pessoais. (CANTALI, 2008, p. 17)

Após a edição da lei nº. 10.2016/2011 o modelo hospitalocêntrico sofreu enormes mudanças passando a contar como a implantação de CAPS, um dos exemplos de políticas públicas desinstitucionalizantes que além de tratar, promovem a cidadania e autonomia existencial do portador de transtorno mental, reabilitando-os ao convívio em sociedade e família, condições estas essenciais para a formação da personalidade desses sujeitos enquanto seres humanos autônomos. (REQUIAO, 2015)

3.4.1 Serviços Substitutivos ao Modelo Hospitalocêntrico: o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

O cenário mundial e, sobretudo, nacional, envolto nos Movimentos Reformistas, de desinstitucionalização e reinserção social do portador de transtorno mental que denunciavam a precária situação dos hospitais psiquiátricos, exigiam mudanças em relação ao cuidado que as autoridades e a legislativo vinham dispendo acerca da saúde mental dos portadores de transtorno mental.

Acredita-se que o fato do Brasil ter se tornado signatário da Declaração de Caracas em 1990 foi fundamental para as mudanças havidas neste cenário. Pois, apesar do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ter surgido no ano de 1986, foi apenas no ano de 1992 que eles foram oficialmente criados com a edição da Portaria nº. 224.

A oficialização dos CAPS em 1992 após a assinatura da Declaração de Caracas faz todo o sentido uma vez que a Conferência Regional tinha o objetivo de definir parâmetros e meios para a reestruturação da atenção psiquiátrica dos sistemas locais de saúde, desse modo, declararam os seguintes compromissos:

1. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidado e tratamento devem: Salvaguardar invariavelmente a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; Estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; Propiciar a permanência do paciente em seu meio comunitário.
4. Que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que: Assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais; Promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e psiquiátrica deve ser realizada apontando para um modelo cujo eixo passe pelo serviço de Saúde comunitário e propicie a internação psiquiátrica em hospitais gerais, de acordo com os princípios diretores que fundamentam esta reestruturação;
6. Que as Organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam acordada e solidariamente a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

Para um melhor entendimento acerca do assunto, faz importante trazer a definição de o que é um Centro de Atenção Psicossocial, desta maneira, a cartilha elaborada pelo Ministério da Saúde conceitua a instituição como sendo:

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”. (p.9)

Diante disto o seu objetivo é o de substituir as internações hospitalares, conforme esclarece a cartilha do Ministério da Saúde:

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. (p.13)

Novas Portarias foram publicadas para regulamentar o financiamento e ampliar a complexidade dos CAPS, como a Portaria nº. 336/2002 que criou o CAPS II para atendimento específico do portador de transtorno mental,

Os artigos 1º e 4º estabelecem a criação e as características gerais dos CAPS e especificamente, do CAPS II, vejamos:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. § 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 4º

[...]

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características: a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

Como visto, os CAPS são instituições criadas para substituir os modelos hospitalocêntricos até então existentes que enclausuravam e excluíaam o portador de transtorno mental de seu meio social e família. O CAPS possui a finalidade e o desafio de reinserir o portador de transtorno mental na sociedade, pois, considera, conforme Paranhos-Passos e Aires (2013) que:

a exclusão e o enclausuramento, por si sós, exacerbam a condição psíquica dos sujeitos. Desse modo, os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos têm como objetivo a reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico, devolvendo-lhes o convívio com seus pares, familiares e demais

membros da sociedade, bem como a ocupação cidadã dos espaços sociais”. (PARANHOS-PASSOS E AIRES, 2013, p. 14)

De acordo com Foucault (apud PARANHOS-PASSOS E AIRES, 2013, p. 14), o “louco” diante dos quatro domínios de atividade humana existentes, não se está presente em nenhuma delas, pois uma vez diagnosticada a doença, esse doente é separado, destinando-o à margem social.

De acordo com Foucault (2002), em toda sociedade, existem pelo menos quatro domínios das atividades humanas (trabalho, reprodução da sociedade, linguagem, atividades lúdicas), e sempre existem grupos de pessoas que não realizam certo tipo de atividade. No entanto, apenas o louco é excluído de todas essas esferas”. (PARANHOS-PASSOS E AIRES, 2013, p. 14)

Os CAPS são vistos pelos usuários como uma porta para a modificação de suas vidas. A reinclusão social dos portadores de transtorno mental através do tratamento dispensado nos CAPS além de buscar reinserir socialmente devolve ao indivíduo os domínios de atividade humana, citados por Foucault, domínios estes de fundamental importância, pois devolve ao portador de transtorno mental habilidades e direitos civis que lhes foram impedidos de desenvolver ou praticar por ser considerado incapaz.

Os depoimentos de alguns usuários revelam essa inserção social e apropriação de sua autonomia existencial, conforme Marzano e Sousa (2004, p. 580) O CAPS é para os usuários,

um lugar que lhes possibilitou que suas vidas mudassem. Nos depoimentos a seguir, fica claramente evidenciado que o CAPS abre possibilidades para permitir ao usuário aliviar seu sofrimento, dar sentido à sua vida e conquistar sua cidadania. [...]mudou muita coisa na minha vida, mudou muito porque as interações é[...] eu trabalhava, né, trabalho com programa de computador, faço programa pra vender, então aí eu, o que acontecia[...] eu tava internado, perdia os fregueses e não podia trabalhar, não tinha como trabalhar lá dentro. Aqui não, aqui eu venho aqui, fico umas horas aqui, depois vou embora, posso trabalhar até meia-noite, duas horas da manhã; no outro dia eu posso chegar aqui oito e meia, que é um horário bom pra gente dar uma descansada[...] entendeu? (depoimento de um usuário do CAPS da Prefeitura Municipal de Ubá – MG)

No depoimento transcrito o usuário demonstra felicidade ao poder novamente exercer a sua profissão, diferente do que acontecia nas instituições totais que, consoante pontua Goffman:

o individuo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito com a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade”. (GOFFMAN, 1963, p. 18-19)

Dessa maneira, possuir liberdade para sair e desenvolver uma atividade laboral proporciona ao portador de transtorno mental dignidade, elevando, por fim sua autoestima, todos esses fatores são importantes para o sucesso no tratamento da doença psíquica, pois conforme afirmou Foucault, a loucura é uma doença da sociedade e não do homem ou da natureza, citando como causas as “emoções, incertezas, agitação e a alimentação artificial”, ou seja, é “produto de uma vida que se afasta da natureza”. (FOUCAULT, 1972, p. 514)

Nesse novo contexto relacional entre instituição e usuário observa-se que com o advento dos CAPS a visão dos usuários para como a equipe multidisciplinar que os acompanha também se modificou. Goffman pontua que:

a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança; os internados muitas vezes vêem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos. Os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados, tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados”. (GOFFMAN, 1963, p. 19)

No modelo assistencial substitutivo às instituições totais essa hierarquia e aversão mútuas entre equipe dirigente e usuários aparentemente não se observa. Parinho-Passos e Aires (2004, p. 22-23), em entrevista aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II Nova Vida, situado na cidade de Santo Antônio de Jesus, no estado da Bahia, destaca a fala de um dos entrevistados acerca do tratamento recebido pelos profissionais do CAPS e suas impressões, vejamos:

Quando perguntados sobre os serviços do CAPS II Nova Vida, os usuários demonstraram uma grande satisfação, valorizando a liberdade – em contraposição ao hospital como instituição fechada – e a autonomia em escolher fazer ou não alguma atividade. Também enfatizaram o carinho e o respeito dos profissionais, que, em algumas situações, se mostram mais carinhosos do que a própria família. É bom. Me tratam melhor que o povo de dentro de casa. **É mais carinho, conversa com a gente**; em casa não, fica chamando a gente de doida. (Sujeito 13) (sem grifos no original)

Aqui no CAPS é melhor, porque a gente entra oito horas da manhã, **faz física, faz artesanato, tem aula de música, tem jogo de bola, tem física com os médicos**; a gente sai quatro horas da tarde e **fica livre pra a gente sair pra onde quiser**. (Sujeito 6) (sem grifos no original)

São carinhosos com a gente, não obriga a gente a fazer as atividades, a gente faz quando quer, **a gente estuda, brinca, faz oficina, tem a ginástica, a caminhada, é ótimo, ótimo**. [...] **Tratam a gente muito bem**, não tenho nada o que dizer deles, **o pessoal da cozinha, os médicos melhor ainda**. (Sujeito 18) (sem grifos no original)

É possível observar a partir da fala do usuário do CAPS que a barreira interpessoal, outrora existente nas instituições totais, entre dirigente e usuário, não faz parte do modelo assistencial em vigência que possui em sua formação além de médicos, terapeutas, assistentes sociais e outros profissionais que estão em constante contato com os usuários¹⁰.

Em Manicômios, Prisões e Conventos, de Erving Goffman, o autor demonstra em várias passagens de seu texto a situação de incapacidade em que o portador de transtorno mental era colocado e em razão disso era criada uma barreira que impedia a comunicação entre médicos e pacientes, vejamos:

A mobilidade social entre os dois estratos, é grosseiramente limitada; geralmente há uma grande distancia social e esta é frequentemente prescrita. Até a conversa entre as fronteiras pode ser realizada em tom especial de voz. [...] Assim há restrição para conversas entre as fronteiras, há também restrições à transmissão de informações, sobretudo informação quanto aos planos dos dirigente para os internados. Geralmente, estes não tem conhecimento das decisões quanto ao seu destino. [...] essa exclusão dá à equipe dirigente uma base específica de distancia e controle com relação aos internados. (GOFFMAN, 1963, p. 20)

¹⁰ Portaria nº. 336/92, art. 4º, dispõe que: 4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades: a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; 4.2.2 - Recursos Humanos: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por: a - 01 (um) médico psiquiatra; b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental; c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

No entanto, o desafio de desinstitucionalizar vai muito além de simplesmente substituir o modelo assistencial e reinserir o portador de transtorno mental na sociedade. O estigma que esse indivíduo ainda carrega por ser considerado “incapaz”, “alienado”, “um risco para a sociedade”, dificulta a sua reinserção de forma plena, vez que o portador de transtorno mental é libertado das correntes e amarras que os prendia aos manicômios e asilos, mas continua preso ao estigma e refém da discriminação e preconceito.

Como dito em tópico anterior o estigma origem no verbo grego que significa “marcar uma superfície”. Utilizando-se desse recurso visual os gregos marcavam o corpos dos criminosos, escravos e traidores, para que as pessoas na sociedade pudessem identifica-las e assim evita-las. (LOCK, 2013)

Assim, um indivíduo que passou por internações em instituições totais como manicômios, asilos e hospitais psiquiátricos ou fazem tratamento nos CAPS, carregam essa “marca” que não é corpórea, mas é tão visível quanto. O portador de transtorno mental passa a ser desacreditado perante a sociedade. E visto como um ser humano incapaz de desenvolver atividades cotidianas e tomar decisões é, para muitos, um sujeito da desrazão.

Conforme Mello e Fugerato (apud PARANHOS-PASSOS E AIRES, 2013, p. 23), “Não basta modificar os locais de atendimento se não forem modificadas as representações associadas à doença mental, fazendo um movimento que dissocie a loucura da violência, da improdutividade e da incapacidade de articulação social”.

Desmistificar a ideia de que o portador de transtorno mental será, sempre, um indivíduo civilmente incapaz e vulnerável, é um desafio que agora precisa ser vencido fora dos muros e portões dos CAPS, haja vista que o estigma que, ainda sobrevive na sociedade, de que o portador de transtorno mental não possuirá nunca capacidade para administrar a sua vida, interfere no bom resultado da reabilitação psicossocial, vez que a loucura como “doença da sociedade”, depende desta para alcançar a cura.

4 O DESAFIO DE EMPODERAR

O cenário social e jurídico que hoje nos cerca não condiz mais com o panorama de quando o portador de transtorno mental era, conforme o Código Civil de 1916 e 2002, ainda sem as alterações trazidas pela lei nº. 13.146/2015, considerado absolutamente incapaz.

Com a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência o qual trouxe enormes avanços na seara da capacidade civil e autonomia do portador de transtorno mental, a implantação de meios que possibilitem o empoderamento e a reinserção social e familiar desses sujeitos deve ser encarada como um desafio a ser vencido em razão dos diversos obstáculos que o portador de transtorno mental ainda precisa ultrapassar como a vulnerabilidade e o estigma.

4.1 EMPODERAMENTO

Haja vista a variedade de conceitos acerca do tema empoderamento, se faz de salutar importância destacar em qual deles a pesquisa será pautada. O termo “empowerment” é, além de complexo, composto por distintos campos de conhecimento (CARVALHO, 2004). Presente em diversos movimentos sociais desde a década de 70 é nos anos 90 que o termo empoderamento se vê envolto em movimentos que tinham como foco a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico, os quais buscavam afirmar o direito da cidadania. (CARVALHO, 2004)

A dificuldade de conceituar o termo empoderamento na língua brasileira advém do fato de inexistir na língua portuguesa tal termo, onde para uns é sinônimo de “apoderamento” que significa “dar posse”, “domínio de”, “Apossar-se”, “assenhorar-se”, “dominar”, “conquistar”, “tomar posse”. (CARVALHO, 2004, p. 1090)

Diferenciando-se completamente do significado de “emancipar” que é “tornar livre”, “independente”. (CARVALHO, 2004, p. 1090). Para o estudo em questão, dos múltiplos significados trazidos para o termo “empowerment”, o que mais se adequa é o de “apoderamento”, vez que os portadores de transtorno mental eram desde o século XVIII, confinados em asilos e expostos a todo tipo de violência tanto física quanto psicológica, resultando na “morte civil” desses indivíduos, razão pela qual o

significado de “apoderar-se”, se faz pertinente, haja vista a necessidade desses indivíduos se apoderarem do direito de gerir a sua vida e, sobretudo, apoderar-se do direito de exercer os direitos da personalidade. (GOFFMAN, 1961)

Logo, falar em empoderar o portador de transtorno mental é falar em proporcionar a esses cidadãos o direito de apoderar-se do que lhe foi indiscriminadamente usurpado, a sua capacidade civil.

Acerca do empoderamento do portador de transtorno mental Foucault em sua obra *História da Loucura* traz exemplos de empoderamento que deram certo, como o caso do capitão inglês acorrentado há mais de 40 (quarenta) anos numa cela do Hospital de Bicêtre. Sobre o caso, o autor relata que o “alienado”, possuía o seguinte histórico social: “era encarado como o mais terrível de todos os alienados...; num acesso de furor, tinha dado uma pancada com suas algemas na cabeça de um servente, matando-o na hora”.

Ao ser libertado das correntes pelo médico Philippe Pinel, que aquela época geria o Hospital de Bicêtre, foi-lhe dito para que confiasse no médico que este lhe devolveria a liberdade. Bastando que o doente se comprometesse a “ser razoável, e a não fazer mal a ninguém”. Uma vez livre, o paciente se põe a admirar a luz do dia. Repetindo inúmeras vezes “como é bonito” a luz do sol!

Vale salientar que durante os anos seguintes à sua liberdade não foi registrado nenhum caso de furor, onde “torna-se mesmo útil na casa, exercendo uma certa autoridade sobre os loucos, que ele comanda à sua própria vontade e dos quais ele se estabelece como vigilante”. (FOUCAULT, 1974, p. 520)

O caso do capitão inglês não foi o único caso de libertação bem sucedido no Hospital de Bicêtre, há relatos de outros casos emblemáticos de libertação como o do soldado Chevingé, que acometido pelo delírio de grandeza acreditava ser um general. No entanto, Pinel, enxergando o paciente para além da loucura, liberta o soldado garantindo que “vai tomá-lo a seu serviço, e que exige dele toda a fidelidade que “um bom senhor” pode esperar de um doméstico reconhecido”.

Uma vez o recém-liberto tendo se reapoderado de suas capacidades de liderança e decisão, a loucura que ali estava visível em seus atos, fala e comportamento dá lugar ao ser humano racional e capaz de liderar os demais “loucos”, ao passo que “pronuncia aos alienados palavras racionais e bondosas, ele que ainda há pouco estava no mesmo nível deles, mas diante dos quais se sente engrandecido com sua liberdade”. (FOUCAULT, 1974, p. 521).

Ao passo que Pinel apodera os internos do local com capacidade de liderança e deposita neles confiança, abolindo as correntes e o aprisionamento nas celas, a sombra da loucura começa a se desfazer em Bicêtre e, nesse momento, a razão “reaparece em si mesma e por si mesma”. Pois para Foucault, a razão não é abolida com o acometimento da loucura. Para Foucault e demais contemporâneos do século XVIII, a loucura é uma doença da sociedade e não do homem ou da natureza, citando como causas as “emoções, incertezas, agitação e a alimentação artificial”, ou seja, é “produto de uma vida que se afasta da natureza”. (FOUCAULT, 1974, p. 514)

A loucura ela aprisiona a razão, mas em alguns momentos, ela, a razão, reaparece em estranhas condições como no caso citado por Samuel Tuke e descrito na obra do Foucault, de uma moça que por longos anos estivera afogada “num estado de completa idiotia”, mas que ao ser acometida de uma febre tifoide, misteriosamente, demonstra clareza racional, memória do passado e reconhece aqueles que a cercam, sendo estes, os mesmos que quando acometida da loucura, não os percebia. (FOUCAULT, 1974, p. 515)

Mas, relata Foucault, citando Samuel Tuke, a febre cessa e “infelizmente foi apenas um clarão de razão; à medida que a febre diminuía as nuvens voltavam a envolver seu espírito; mergulhou no estado deplorável anterior, e nele ficou até a morte, alguns anos depois”. (FOUCAULT, 1974, p. 515)

Assim como os sintomas da febre tifóide libertaram, ainda que momentaneamente, a moça de sua loucura, da mesma maneira a saúde do soldado Chevingé se restaura a medida que Pinel lhe possibilita exercitar valores sociais tais como, por exemplo, defender a vida de pinel quando o povo de Paris intenta adentrar Bicêtre para fazer justiça aos “inimigos da nação” e, com o seu próprio corpo, o soldado Chevingé protege Pinel.

É diante deste cenário de empoderamento e distinção entre abolição e adormecimento da razão que as correntes que aprisionam o louco se rompem e ele é libertado. Recuperando, então, a razão. Como estivesse sendo libertado da animalidade que as correntes os condicionavam.

A partir do cenário trazido, constatasse quão forte é a força do mito ante a verossimilhança psicológica e, sobretudo, acerca da medicina, pois resta evidente que se os sujeitos libertados eram realmente loucos, certamente não foram curados

com o mero ato de soltura! E, deveras, os seus comportamentos carregaram por muito tempo os traços da alienação.

Contudo, para Pinel o que realmente importa é estabilizar o louco num tipo social que seja moralmente reconhecido e aprovado para que dessa forma, possa ser deixado de lado o estigma de “estranho” ou “animal”. (FOUCAULT, 1974, p. 522)

Então, mais importante do que libertar os loucos das correntes é desmistificar ideias e figuras a muito desenhadas no imaginário da população de que a forma ideal do asilo seria uma “jaula”, na qual o homem seria entregue a selvageria, para a ideia de um local de tratamento voltado muito mais para uma “república do sonho” e “transparência virtuosa” que um local de violência e privações morais e sociais. (FOUCAULT, 1974, p. 522)

Acerca do aprisionamento do louco Foucault pontua que, “Pinel é o símbolo da “boa liberdade”, aquela que, libertando os mais violentos, doma suas paixões e os introduz no mundo calmo das virtudes tradicionais”. (Foucault, 1974, p. xx)

4.2 O RECONHECIMENTO DA CAPACIDADE CIVIL DA PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL: Uma Conquista da Convenção Internacional sobre Direitos da Pessoa com Deficiência e do Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Através do Decreto nº. 6.949/2009 o Brasil se tornou signatário da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD, equivalendo o documento à emenda constitucional, consoante dispõe o parágrafo 3º, do artigo 5º, da Constituição Federal.

A partir de sua ratificação em 01 de agosto de 2008 pelo Governo brasileiro, houve grande avanço no que diz respeito à tutela de direitos dos portadores de transtorno mental no Brasil, a exemplo podemos citar a aprovação da lei nº. 10.216/2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e a lei nº. 13.146/2015 que “institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)”.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – CDPD possui consoante o disposto em seu artigo 1º, o propósito de “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”. Da mesma maneira, o Estatuto da Pessoa com Deficiência assegura em seus 6 (seis) incisos do artigo 6º uma lista de direitos civis que não podem ser afetados pela sua condição de deficiente.

O Artigo 6º, incisos I a VI, assegura ao deficiente a prática dos seguintes atos da vida civil:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

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

Dessa maneira, é perfeitamente possível relacionar ao texto da Convenção à ideia trazida por Martha Nussbaum de Teoria de Justiça Social pautada nas capacidades. (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016). Nesse contexto, Alencar, Assis e Musse (2016), nos trazem os seguintes esclarecimentos acerca da Teoria de Justiça Social desenvolvida por Nussbaum e ressaltando a sua ligação com a Teoria de Justiça de John Rawls¹¹:

A teoria de justiça social pautada pelas capacidades, proposta por Martha C. Nussbaum (2013) parte da noção aristotélica de pessoa como animal político e social, cuja dignidade não deriva de uma racionalidade idealizada” (Nussbaum, 2013, p. 122; p. 195). Nessa linha, reconhece como cidadãos plenos e iguais as crianças e os adultos com deficiência mental ou intelectual, ali denominados “com impedimentos mentais” e critica o modo insatisfatório como as teorias de justiça de matriz contratualista - notadamente a teoria de justiça de John Rawls - tratam esse grupo de indivíduos, pois nessas

¹¹ A teoria da justiça como equidade de John Rawls vem sendo constantemente estudada por filósofos que buscam definir os fundamentos da justiça, bem como por teóricos do direito que especialmente destacam a íntima relação dessa teoria para com o constitucionalismo democrático. Logo, em virtude do Estado Democrático de Direito (E.D.D.), que demarca o modelo político de Estado no Brasil, a tese de Rawls pode ser um instrumento importantíssimo para justificar políticas e práticas sociais sob suas bases filosóficas. [...] O pensamento de Rawls é enquadrado dentro de uma perspectiva igualitária. Grosso modo, o igualitarismo é uma linha de pensamento que visa assegurar igualdade de algum tipo para um grupo de agentes em consideração. Está comprometida com a ideia básica de que todas as pessoas são apreciáveis com o mesmo valor ou *status* moral. (ARNESON, 2013). (Faggion, 2014, p.2-4)

teorias, “[...] que concebem os princípios básicos da política como o resultado de um contrato para vantagem mútua” e levam em conta “os impedimentos mentais graves e suas deficiências associadas” apenas depois de estabelecidas as instituições básicas da sociedade. “Na prática, isso significa que pessoas com impedimentos mentais não estão entre aquelas para as quais e em reciprocidade com as quais as instituições básicas da sociedade estão estruturadas” (NUSSBAUM, 2013, p. 121) (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016, p. 228)

Alencar, Assis e Musse, (2016) destacam que para Martha Nussbaum a realização de “arranjos sociais atípicos” é a maneira de proporcionar a efetivação da Teoria da Justiça Social como meio de vida social integrada e produtiva para os portadores de transtorno mental, a autora defende que:

Um tratamento justo das pessoas com deficiência requer, inclusive, se necessário “[...] a realização de arranjos sociais atípicos, incluindo diversos tipos de assistência, se queremos que tenham vida socialmente integradas e produtivas” (NUSSBAUM, 2013, p. 122).

Para entendermos como funciona a incapacidade civil do portador de transtorno mental é preciso, antes de tudo, conceituar o termo “deficiência”, sendo importantíssimo destacar o fato de que a Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência – CDPD define no artigo 1º o que é deficiência sob uma perspectiva que visa “superar a visão exclusivamente biomédica agregando a ela uma matriz de direitos humanos”. (DINIZ, BARBOSA e SANTOS apud ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016)

Sendo a deficiência definida da seguinte forma no artigo 1º da Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência – CDPD

Art. 1º - 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.

Observa-se que a Convenção traz em seu texto a origem da deficiência não só como resultado de condições físicas, mentais e intelectuais, mas, sobretudo de fatores sociais, políticos e econômicos (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016), assim como já defendia Foucault na obra História da Loucura (1972, p. 514), onde para ele a loucura é uma doença da sociedade e não do homem ou da natureza, citando

como causas as “emoções, incertezas, agitação e a alimentação artificial”, ou seja, é “produto de uma vida que se afasta da natureza”. (FOUCAULT, 1974, p. 514)

Dessa forma, uma vez que não existem apenas fatores biomédicos envolvidos na formação da deficiência evidenciando uma condição de saúde que ultrapassa os conceitos e atributos de doença, se faz inteligente nos deter à funcionalidade de cada indivíduo que na sua incapacidade. Pois, conforme assevera Alencar, Assis e Musse, 2016 citando Diniz, Barbosa e Santos, a deficiência é “uma experiência cultural e não apenas o resultado de um diagnóstico biomédico de anomalias” (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016, p. 230).

Reconhecendo que a deficiência possui como causa vários fatores, como médicos, biológicos, sociais e políticos, a Organização Mundial de Saúde – OMS, vem aderindo ao uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF¹², e deixando em desuso a Classificação Internacional de Doença – Cid.

Assim, afirmam Alencar, Assis e Musse (2016) acerca do protagonismo dos portadores de transtorno mental na sociedade:

quanto maior a adesão à referida Convenção, maior o reconhecimento jurídico e social das pessoas com deficiência como atores sociais, dotados de autonomia e que “[...] gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”. Assim, menor o número de pessoas com deficiência submetidas a processos judiciais de interdição civil e à curatela.

Uma vez definido o termo deficiência no atual contexto jurídico e social se faz pertinente, para compreendermos por completo o instituto da incapacidade, abordarmos a capacidade civil no aspecto da aptidão para exercer por si os atos da vida civil, a chamada capacidade de fato.

A capacidade civil está positivada no artigo 1º do Código Civil de 2002 e possui estreita relação com os direitos fundamentais em virtude de sua relação com

¹² Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) publicada pela OMS em 2001, constitui-se documento demarcador da emancipação explicada ao instituir a organização de preceitos éticos, técnicos e políticos orientados pelos marcos regulatórios de proteção de direitos humanos e articulados pelo paradigma das necessidades em saúde e habilidades individuais e sociais (“relacionadas com saúde”), bem como dos fatores de risco de agravamento da deficiência por causas evitáveis. E retoma o conceito de deficiência, situando-a como um “conceito guarda-chuva” e agregador do impedimento-atributo com os determinantes sociais em contexto de desigualdade coexistente com aquela relação ou decorrente dela (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016, p. 229-230).

a dignidade da pessoa humana. A capacidade civil contida no artigo supracitado diz respeito a capacidade de direitos, também denominada capacidade jurídica, inerente a todos os seres humanos, que se difere da capacidade de fato que possui relação com os direitos da personalidade, poderes de ação nela contidos. (LIMONGI, 2017)

Limongi (2017) pontua que as legislações atuais já não concebem “uma pessoa destituída de capacidade, afastada da vida civil, como antigamente” já ocorreu com os escravos, mulheres e deficientes. Nesse sentido Judith Martins-Costa (apud Limongi, 2017, p. 14) assevera que “a atribuição da capacidade jurídica segundo o status” seja ele social, político, familiar ou religioso, “impedia o desabrochar do conceito unitário de sujeito”.

Desse modo, continua Judith Martins-Costa “coube a Jean Domat elevar a capacidade da pessoa a uma categoria universal, concebendo as pessoas como sujeitos abstratos e iguais, na abstrata capacidade de produzir atos jurídicos”. (LIMONGI, 2017, p. 14)

Assim, “ser capaz na ordem civil significa desenvolver, de forma autônoma, suas atividades em diversas perspectivas na sociedade, agindo como pessoa e protegido pela ordem jurídica”. Ou seja, “outorgar capacidade civil à pessoa significa elevá-la como ente principal no cenário do Direito”, reconhecendo as suas “aptidões para agir no relacionamento civil, praticando atos e negócios jurídicos de seu interesse” (LIMONGI, 2017, p. 17)

E, nesse contexto, José de Oliveira Ascensão (apud Limongi, 2017. p. 19) afirma que um “louco não deixa de ter direitos sociais, embora não os possa exercer”, bastando ser pessoa para ser sujeito de direito. Para Requião (2016) a capacidade de agir, segundo os ensinamentos de Mello (2008), é caracterizada pela aptidão que o ordenamento jurídico reconhece às pessoas para que, diretamente, e não por intermédio de representante legal ou como a participação de assistente (=pais, tutores ou curadores), que exerçam os direitos e pratiquem, validamente, os atos da vida civil que lhes cabem”. (REQUIÃO, 2016, pp. 55-56)

Onde os níveis de vulnerabilidade de um sujeito podem ser medidos de acordo com a capacidade de praticar, de forma independente e livre, atos jurídicos. A capacidade do sujeito para praticar atos da vida civil dependerá do estado em que esse sujeito se encontra. O estado do sujeito é definido por Orlando Gomes como sendo “complexo de qualidades que lhes são peculiares” e que segundo Caio Mario da Silva Pereira, traz “elementos de individualização da personalidade”. E,

arrematando o conceito de estado do sujeito, Jose de Oliveira Ascensão nos diz que os estados “são posições ocupadas pela pessoa na vida social, de que resultam graduações da sua capacidade”. (REQUIÃO, 2016, p. 57)

Dessa maneira, a in-capacidade pode ser graduada como de caráter transitório ou permanente. (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016). Pois, conforme já explanado anteriormente, o conceito de deficiência é composto por aspectos muito mais amplos que o biomédico, razão pela qual o conceito trazido pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), se faz pertinente e acertado uma vez que se deve levar em consideração a funcionalidade do indivíduo frente ao Estado em detrimento de suas “faltas” ou “defeitos”, conforme muitíssimo bem pontuado por Alencar, Assis e Musse, 2016.

O termo capacidade adotado pela CIF é, portanto, mais amplo, por focar não nas limitações cognitivas, mas na funcionalidade e nas potencialidades, que podem ser maximizadas por considerar os aspectos biopsicossociais. Com enfoque na funcionalidade, não na limitação do indivíduo, deixamos de lado suas “faltas”, seus “defeitos” e valorizamos suas capacidades e potencialidades perante o Estado, a família e a sociedade. Torna-se claro, ademais, que deficiência não é o oposto a eficiência, a que é a palavra ineficiência que se contrapõe. Assim, as noções de saúde e incapacidade tomam nova dimensão, pois reconhecem que todo ser humano pode experimentar uma perda ou diminuição na sua saúde e, portanto, experimentar alguma incapacidade, sem com isso comprometer todo o seu ser, todo o seu desempenho, pessoal e social. (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016. p. 230)

Dessa maneira, o reconhecimento da capacidade civil do portador de transtorno mental em “igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida” (artigo 12, CDPD), no sentido de “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” (artigo 1º, do Estatuto da Pessoa com Deficiência), deixando de considerar apenas fatores meramente biomédicos e estigmas criados pela identidade social virtual acerca do sujeito considerado “deficiente” pela medicina e “incapaz” pelo Direito de outrora, representa grande avanço diante do desafio que é empoderar o portador de transtorno mental.

4.3 A TOMADA DE DECISÃO APOIADA: COMO SE DÁ?

A Tomada de Decisão Apoiada encontra previsão legal no Estatuto da Pessoa com Deficiência em seu artigo 84, §2º e artigo 12, 3, da Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência - CDPD, vejamos:

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

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

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

Artigo 12, da Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência - CDPD

3. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal.

O Advento de tais normas no ordenamento jurídico resultou na alteração do Código Civil de 2002 que, por determinação do Artigo 1.116 do Estatuto, foi inserido o artigo 1.783-A e seus 11 parágrafos na seção que trata do “exercício da curatela”, disciplinando em seus parágrafos como se dá o processo de decisão apoiada.

O *caput* do artigo 1.783-A, do Código Civil apresenta a seguinte redação:

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.

No entanto, o que se comemora no Brasil hoje em outros países já era realidade há muito, fato que demonstra o atraso (ou descaso) do Brasil em relação aos direitos dos deficientes em comparação aos demais países como Itália, com a lei nº. 06/2004, que visa proteger a pessoa mais que o seu patrimônio; já na França em 2007, temos o “mandato de proteção futura”, que se assemelha a diretiva antecipada de vontade existente no Brasil; a Áustria, desde ano 1983, já trazia o instituto do “apoiador”.

O Canadá em 1990 trouxe a função do “curador público” e, por fim, a Argentina com o seu Novo Código Civil de 2014 (lei nº. 26.994), demonstrando avanços equivalentes ao brasileiro. (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016)

A Tomada de Decisão Apoiada possibilitará o exercício da capacidade de agir do portador de transtorno mental, ainda que apoiado por um terceiro. Privilegiando, portanto, a escolha do deficiente.

A Tomada de Decisão Apoiada se assemelha à curatela no que diz respeito à sua constituição pela via judicial, mas, no entanto, com enorme avanço e diferencial, o pedido partirá do apoiado, o próprio portador de transtorno mental é que será o legitimado para requerer o pedido, consoante prevê o parágrafo 2º, do artigo 1.783-A, do Código Civil, positivando expressamente a sua autonomia existencial e capacidade de agir, institutos do direito que até o século passado jamais se imaginou ser possível de se conceber diante de todos os já, exaustivamente narrados, obstáculos que a “deficiência” atrelada ao estigma e a vulnerabilidade traziam, e ainda, trazem, mais em menor escala, ao portador de transtorno mental.

A nova norma destina-se a evitar que a vontade do deficiente seja preterida em favor da vontade de um terceiro que venha representá-lo, sob a falácia de estar praticando tais atos em nome de seu “melhor interesse”, (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 2016, p. 236). Na Tomada de Decisão Apoiada não existe um representante que decide em nome ou no lugar do deficiente, mas sim um facilitador/apoiador com limites de atuação, compromissos e vigência bem definidos, conforme estabelecido nos 11 parágrafos do artigo 1.783-A, Código Civil de 2002¹³.

¹³ § 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar. § 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no caput deste artigo. § 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio. § 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado. § 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação comercial pode solicitar que os apoiadores contra-assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado. § 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão. § 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz. § 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio. § 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada. § 10. O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria; § 11. Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela

O Comitê que avalia o Brasil no tocante a internalização da CDPD salienta que “mesmo quando haja poucas condições de se compreender o que deseja a pessoa com deficiência, cabe não a essa, mas aos demais, a “melhor interpretação de seus desejos e preferências”. Há certa inversão do ônus da assimilação”. (ALENCAR, ASSIS e MUSSE, 20116, p. 236).

Mas perceba que a autonomia existencial do portador de transtorno mental deve servir de lastro para a decisão de seu apoiador, devendo este interpretar o desejo do apoiado de forma que traduza ou se assemelhe à decisão que o apoiado tomaria se por outros meios pudesse expressar a sua vontade de forma mais clara e direta.

4.4 A AUTONOMIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL POSITIVADA ATRAVÉS DO INSTITUTO DA TOMADA DE DECISÃO APOIADA: A Participação da Família no Processo de Empoderamento do Portador de Transtorno Mental.

A Tomada de Decisão Apoiada é medida, como o próprio nome diz de apoio, para que o portador de transtorno mental exercite de forma plena a capacidade civil. É importante salientar que o referido instituto não é condição *sine qua non* para o exercício da capacidade civil, pois conforme deixa claro o artigo 84, §2º, do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Tomada de Decisão Apoiada é medida facultativa.

Dessa maneira, é fundamental que a comunidade jurídica, “os advogados, o promotor de justiça, o defensor público e o juiz”, se adequem a nova realidade trazida pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, buscando modificar antigos conceitos e práticas acerca do tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental¹⁴.

A decisão de interditar alguém nos moldes do Código Civil de 2002, ainda sem a alteração dada pela lei nº. 13.146/2015 era dificultosa tanto para os familiares quanto para os próprios portadores de transtorno mental, pois nem sempre o indivíduo diagnosticado com uma patologia de ordem mental era realmente incapaz de gerir a sua vida e, as pessoas próximas a ele, a família, por exemplo, tinha ciência disto, daí, o embaraço para esse familiar requerer a sua interdição.

¹⁴ Disponível em www.cnmp.mp.br/portal/images/curatela.pdf Acesso em 24 Ago. 2017. p. 5

Não há dúvidas de que é possível que o portador de transtorno mental seja capaz de, perfeitamente, gerir a sua vida em alguns aspectos, a título de exemplo se faz apropriado trazer o emblemático caso do Juiz Daniel Paul Schreber que após algumas manifestações de delírios e tentativas de suicídio, foi internado no ano de 1884 com o diagnóstico de “dementia paranóides”.

Contudo, a história de vida do jurista demonstra que ele, mesmo após o diagnóstico da loucura, chegou a praticar atos da vida civil como, a paternidade, exercício de cargos públicos, atuou como advogado no inventário de sua mãe e escreveu ainda hospitalizado, a obra “Memórias de um Doente dos Nervos”. (PEREIRA, 2011)

Ademais, o próprio Schreber repudiava os rótulos de “doente mental”, mas reconhecia ser “doente dos nervos”, e não uma pessoa de razão perturbada conforme o classificavam, vociferando que: “Minhamente é tão clara quanto a de qualquer outra pessoa”, ao passo que confessava que as vozes, da época dos delírios que culminou nos vários internamentos, jamais as deixou, mas que se manifestavam agora como um sussurro. (PEREIRA, 2011, p. 4).

A partir do conceito de incapacidade para apenas determinadas áreas da vida civil faz-se imperioso trazer as experiências desenvolvidas pela da Doutora Nise da Silveira no Hospital Pedro II (Engenho de Dentro), história muitíssimo bem retratada no filme “Nise, O Coração da Loucura”¹⁵, onde, através da arte, a médica terapeuta buscava tratar e empoderar os seus “clientes”, forma como acreditava que os usuários daquele hospital deveriam ser chamados. Nise despertou em seus “clientes” o gosto pela arte, evidenciando que a incapacidade do portador de transtorno mental não é total, tampouco, em todos os aspectos e situações do cotidiano, assim como não o era a do jurista Schreber.

O caso Schreber demonstra que a incapacidade advinda da patologia mental não se apresenta em todas as áreas da vida civil, logo, não deve ser ela a razão da interdição, como bem asseverou o magistrado que determinou o cancelamento da

¹⁵ O filme Nise – O Coração da Loucura, dirigido por Roberto Berliner, conta um pouco da trajetória profissional desta mulher que revolucionou a forma de tratar pessoas com sintomas psicóticos. Com uma coragem digna de respeito e uma fé no ser humano, Nise promoveu a cura pela arte. “Pacientes não! Nós que devemos ser pacientes com eles, pois estamos a serviço deles. Eles são nossos clientes!” (disponível em: <http://www.psicologiasdobrasil.com.br/nise-o-coracao-da-loucura-a-arte-da-coragem/> Acesso em 27 Ago. 2017.

interdição do jurista¹⁶, pontuando que a interdição não resolve o problema mental apresentado pelo sujeito, permanecendo este doente, mas, por outro lado, sacia o anseio da sociedade que pautada na ideia de paz e ordem pública, entende que afastar os “anormais” dos “normais” é a solução para uma sociedade organizada.

Logo, para que a interdição seja aplicada de maneira justa e adequada é necessário identificar os limites da razão. Sendo, portanto, a Tomada de Decisão Apoiada o meio menos invasivo e agressivo de reconhecer a autonomia desses sujeitos em deliberar sobre assuntos que, talvez, naquele momento, não tenha total capacidade para decidir, tal qual acontece com o idoso ou adolescente que, em razão da peculiaridade de cada estágio da vida, necessitam do apoio de um terceiro capaz de trazer-lhes elementos e informações que servirão de lastro para as suas escolhas e decisões, mas isso, por si só, não os incapacita para a vida civil. Assim, desse mesmo modo, devem ser encaradas as limitações do portador de transtorno mental.

Soalheiro (2013), citando Eduardo Araújo, destaca que existe um novo sujeito na sociedade que precisa ter seus direitos legitimados para deixar de viver à margem da sociedade como muitíssimo bem asseverou Basaglia (apud PARANHOS-PASSOS E AIRES, 2013, p. 14) “Se o louco não é economicamente ativo, é destinado à margem social”.

Dessa maneira, quando o Estado cria estratégias de empoderamento, como o instituto da Tomada de Decisão Apoiada, permitindo que o portador de transtorno

¹⁶ “Que o queixoso seja doente mental é algo que está fora de dúvida, também para a Corte de Apelação. Mas a constatação de que o queixoso se encontra em um estado de perturbação mental de natureza patológica não é suficiente para a interdição. (...) Nem toda anomalia mental leva necessariamente à negação da capacidade civil(...). **O juiz, encarregado da interdição, deverá ter que levar em conta o dado da experiência de que a influência das ideias delirantes que dominam o doente de paranoia não costuma se manifestar de modo uniforme em todos os setores da vida civil. (...) Como já se demonstrou, a presença da paranoia não é incompatível com a conservação integral da capacidade de administrar os próprios negócios. [...]** Eventualmente, se a tranquilidade noturna foi perturbada por elas, podem requerer uma intervenção policial (grifamos), mas não podem servir como justificativa para a interdição, mesmo porque o meio escolhido não teria o menor resultado e permaneceria ineficaz. (...) [...] Não há a menor dúvida de que o queixoso, quanto à sua capacidade intelectual, está inteiramente à altura de administrar o seu patrimônio e o de sua esposa (...) Assim sendo, a Corte de Apelação chegou à convicção de que o queixoso, em todos os setores vitais aqui considerados [...] Em todo caso, não se dispõe de nenhuma evidência, nem se pode considerar como certo o fato de que suas ideias delirantes o tornam incapaz para administrar seus negócios. (Desden, 26 de julho de 1902) (Disponível em: <http://www.mpam.mp.br/centros-de-apoio-sp-947110907/civel/artigos/ausentes-e-incapazes/3343-loucura-e-deficiencia-mental-uma-questao-de-capacidade>. Acesso em 26 Ago. 2017)

mental se mostre ativo e produtivo dentro da sociedade, está resgatando o portador de transtorno mental da margem social que até meados do século passado esse sujeito vivia.

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica e a desospitalização do portador de transtorno mental, que culminou no retorno desses sujeitos para as suas famílias e, aqueles que não possuíam família, acolhidos em Residências Terapêuticas¹⁷, conforme evidenciam Galera, Zanetti, Ferreira, Giacon e Cardoso (2010, p. 26), veja:

As mudanças na política de saúde e social, os avanços no tratamento farmacológico, a desinstitucionalização e a substituição do modelo focado na cura e centrado no hospital pelo modelo de reabilitação biopsicossocial ocorridas na década de 50, contribuíram para aumentar o número de pessoas com doença mental grave vivendo na comunidade.

Faz-se notório, portanto, que a família, seguida de amigos e cuidadores compõem, de certo, o rol de apoiadores, razão pela qual se evidencia a importância da família no processo de empoderamento do portador de transtorno mental nesse novo modelo de capacidade civil trazido pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Permitir ao portador de transtorno mental exercer a autonomia e praticar atos da vida civil através do instituto da Tomada de Decisão Apoiada, se sobrepondo aos preconceitos e limitações de ordem jurídica que, por conta, tão somente, de um laudo médico ou de comportamentos que destoavam daqueles eleitos pela maioria dominante como sendo “anormais” era um desafio que os reformistas psiquiátricos como a emblemática Nise da Silveira, buscavam vencer.

Sobre esse aspecto Paranhos-Passos e Aires (2013, p. 16), destacam que:

No entanto, cabe destacar que a mudança de um paradigma é realizada paulatinamente, principalmente quando se trata da cidadania de um público vulnerável que perdeu o direito de ser ativo diante da sociedade e de sua própria vida.

¹⁷ Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM nº 106 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. (Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/residencias.html> Acesso em 26 Ago. 2017)

Considerando o portador de transtorno mental o principal sujeito do processo de reinserção social, faz-se indispensável que este, cada vez mais, se torne elemento ativo e empoderado no meio social e familiar do qual faz parte.

5 CONCLUSÃO

O estigma tem origem na sociedade grega, onde sinais corporais identificam aqueles que deveriam ser evitados na sociedade, normalmente escravos, traidores e criminosos. O estigma, segundo Erving Goffman, pode ser conceituado a partir de duas temáticas: divina e médica, onde na divina, erupções em forma de flores marcavam o corpo do indivíduo, destacando-o da sociedade e, na medicina, tinham os sinais corporais de distúrbio físico que, igualmente as erupções de origem divina, identificam e marcavam o indivíduo gerando o estigma enquanto instrumento de exclusão e dominação.

Evidenciam-se inúmeros conceitos para o termo vulnerabilidade que vão desde o conceito de possibilidade de ser ferido até a ideia de relação de força para compensar desigualdades. A vulnerabilidade pode ainda ser classificada como patrimonial e vulnerabilidade existencial. Na vulnerabilidade patrimonial há uma ameaça de lesão ao patrimônio de determinado indivíduo, já na vulnerabilidade existencial a ameaça se dá na esfera extrapatrimonial do sujeito, exigindo a aplicação de meios jurídicos pautados na Dignidade da Pessoa Humana e igualdade para tutelar seus direitos.

As legislações anteriores à lei nº. 10.216/2001 limitava-se a excluir o portador de transtorno mental, pouco se legislava em prol do sujeito, mas sim para atender os anseios da sociedade, fato que culminava em exclusões e tratamentos médicos violentos.

Dentre os tratamentos médicos violentos estavam a lobotomia e a leucotomia cerebral técnica curativa idealizada pelo médico português Egas Moniz em 1935 e aperfeiçoada pelo americano Walter Freeman, chegou ao Brasil por intermédio de Aloysio Mattos Pimenta.

Pesquisas empíricas realizadas em pacientes psiquiátricos demonstraram a incerteza e ineficácia do procedimento cirúrgico referido, onde, quando muito raramente conseguiam curar, deixavam sequelas permanentes nos pacientes como: distúrbio cognitivo e visual, paralisia motora, estrabismo, perda do controle muscular, dentre outras implicações.

No entanto, nem todos os médicos eram adeptos à psicocirurgia, um emblemático exemplo de profissional médico que não se valia do invasivo e doloroso procedimento foi a médica Nise da Silveira. Nise da Silveira defendia a prática da

psiquiatria humanitária e repugnava veementemente tratamentos psiquiátricos invasivos como o eletrochoque, coma insulínico e a lobotomia.

O termo Autonomia deriva de “autos”, que significa “si mesmo” e de “nómos” que quer dizer “lei”. Uma pessoa autônoma é uma pessoa livre para fazer suas escolhas com base num plano por ele criado, sem que um terceiro tenha autoridade sobre suas decisões.

Desta maneira, ainda que o indivíduo esteja em estado de transtorno mental ele deve permanecer sendo tratado como sujeito de direito, vez que o portador de transtorno mental quando diagnosticado com um transtorno de ordem psicológica não perde sua condição de ser humano, mas tão somente, tem (ou não) a sua capacidade cognitiva reduzida.

Uma pessoa com a autonomia diminuída não deve ser privada de tomar decisões, deve receber amparo para que as suas escolhas permaneçam sendo tomadas e ela possa continuar mantendo a sua dignidade.

A autonomia pode ser classificada em três categorias, a autonomia privada, a autonomia da vontade e a autonomia existencial. Onde a autonomia patrimonial é orientada pela liberdade de praticar ou não atos de acordo com o seu arbítrio, a doutrina traz a autonomia privada como sendo sinônimo de autonomia da vontade, no entanto, alguns doutrinadores defendem que a autonomia da vontade deu lugar a autonomia privada com o advento da Constituição Cidadã de 1988.

A autonomia existencial é pautada na ideia de desenvolvimento e gozo da personalidade dos portadores de transtorno mental que se encontra reduzida diante da saúde mental comprometida. Essa autonomia esta pautada nos direitos extrapatrimoniais do portador de transtorno mental.

A evolução no tratamento da pessoa com deficiência teve inicio com o movimento de reforma psiquiátrica que visava desinstitucionalizar o portador de transtorno mental e proporcionar um tratamento humanitário.

A legislação quando da elaboração do código civil de 1916 tinha um olhar abstrato acerca do ser humano. Foi com a entrada em vigor da Constituição Federal de 1988 que esta visão se modificou, passando a observar e considerar as singularidades de cada ser humano na sociedade.

O Marco Civil da desinstitucionalização do portador de transtorno mental é a lei nº. 10.216/2001 que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental". A partir de então surgiram serviços substitutivos ao hospitalocêntrico, como o CAPS.

Acredita-se que o fato do Brasil ter se tornado signatário da Declaração de Caracas em 1990 foi fundamental para as mudanças havidas neste cenário. Pois, apesar do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ter surgido no ano de 1986, foi apenas no ano de 1992 que eles foram oficialmente criados com a edição da Portaria nº. 224.

Os CAPS são vistos pelos usuários como uma porta para a modificação de suas vidas. A reinclusão social dos portadores de transtorno mental através do tratamento dispensado nos CAPS além de buscar reinserir socialmente devolve ao indivíduo os domínios de atividade humana.

Em razão das mudanças havidas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Constituição Cidadã, a entrada em vigor no Código Civil de 2002, o fim dos manicômios com o advento da lei nº. 10.216/2001 e por fim o Estatuto da Pessoa com deficiência tornou-se urgente que mecanismos e estratégias de empoderamento e exercício da autonomia dos portadores de transtorno mental se tornem eficazes a fim de promover a reinserção social desses indivíduos no meio social e familiar e não venham se tornar uma falácia jurídica.

A Tomada de Decisão Apoiada como mecanismo de reconhecimento da capacidade civil da pessoa deficiente, reflete positivamente no exercício de sua autonomia dentro da sociedade, resultando no empoderamento desses sujeitos.

O papel da família nesse processo se faz importante em razão de serem essas pessoas as que, muito provavelmente, serão as eleitas para desempenhar a função de apoiador quando da instauração do processo de Decisão Apoiada, por serem estas as pessoas mais próximas do indivíduo em razão da Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental que retornaram para o seio familiar, sendo, portanto, esperado que estes sejam os seus apoiadores.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Cícero Pereira; ASSIS, Daniel Adolpho Daltin; MUSSE, Luciana Barbosa. Da Interdição Civil à Tomada de Decisão Apoiada: Uma Transformação Necessária ao Reconhecimento da Capacidade e Dos Direitos Humanos da Pessoa com Deficiência. **REVISTA DE ESTUDOS EMPIRICOS EM DIREITO**. v. 3, n. 2, ano 2016.

ALMEIDA, Eduardo Henrique Rodrigues de. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **REVISTA BIOÉTICA. Brasil**, v. 18, n. 2, ano 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/571> Acesso em: 15 Ago. 2017

AMARAL, Francisco. **DIREITO CIVIL – INTRODUÇÃO**. v. 1, 7 ed, São Paulo: Renovar, 2008.

BASAGLIA, Franco. **A INSTITUIÇÃO NEGADA. Retratos de um Hospital Psiquiátrico**. v.1, 3 ed, Rio de Janeiro: Gaal, 1985.

BEVILAQUA Felicissimo, Flaviane; CORREIA Lubambo Ferreira, Gabriela; GONTIJO Soares, Rhaisa; SANTOS da Silveira, Pollyanna; MOTA Ronzani, Telmo. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura Psicologia: Teoria e Prática. **SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA REDALYC RED DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, ESPAÑA Y PORTUGAL**. v. 15, n. 1, ano 2015.

BORGES, Roxana Cardoso Brasileiro. Direitos de Personalidade e autonomia Privada. 2 ed, São Paulo: Saraiva, 2007.

BRASIL. Decreto nº. 206 – A, de 15 de fevereiro de 1890. Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e crêa a assistencia medica e legal de alienados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 12 Ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE**. Brasília, 2005. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>, acesso em: 24 Ago. 2017.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>

BRASIL. **Portal da Câmara dos Deputados**. Projeto de Lei nº. 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>> Acesso em: 15 Ago. 2017.

BRASIL. **Portal da Legislação**. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Dispõe sobre a promulgação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>, acesso em: 20 Ago. 2017.

BRASIL. **Portal da Legislação**. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 09 jan 2017.

BRASIL. **Portal da Legislação**. Lei nº. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm>acesso em: 23 Ago. 2017.

BRASIL. **Portal da Legislação**. Lei nº. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm> Acesso em 09 jan 2017.

BRASIL. **Portal de Legislação**. Lei nº. 3.071, de 01 de janeiro de 1916. Institui o Código dos Estados Unidos do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L3071.htm>, Acesso 01 Ago. 2017

BRASIL. Portaria Nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. **BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE**. Ministério da saúde. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002642.pdf>. Acesso em: 01 Ago. 2017

BRASIL. Portaria Nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE**. Ministério da saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 01 Ago. 2017

CANTALI, Fernanda Borghetti. DIREITOS DA PERSONALIDADE: Disponibilidade Relativa, Autonomia Privada e Dignidade Humana. **BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES**. Disponível em: <tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4023/1/403067.pdf> Acesso em: 19 Ago. 2017.

CARVALHO, Sergio Resende. Os Múltiplos Sentidos da Categoria “Empowerment” no Projeto de Promoção à Saúde. **CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. FIO CRUZ.** Rio de Janeiro, 2004.

Disponível em: www.epsjv.fiocruz.br/.../Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_proj >. Acesso em: 04 Ago. 2017

Caso Ximenes Lopes versus Brasil. **BIBLIOTECA VIRTUAL DE HUMANOS – UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Casos-Contenciosos-importantes-julgados-pela-Corte/caso-ximenes-lopes-versus-brasil.html>> Acesso em: 19 Ago. 2017

CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Resistência, Inovação e Clínica no Pensar e no Agir de Nise da Silveira. **INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO.** v. 11, n. 22, p. 365-376, ano 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Ago. 2107.

Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP. Tomada de Decisão Apoiada e Curatela: Medidas de Apoio Previstas na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. **BIBLIOTECA DO CNMP.** Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.cnmp.mp.br/portal/publicacoes/245-cartilhas-e-manuais/9935-tomada-de-decisao-apoiada-e-curatela>>, Acesso em: 10 Ago. 2017.

CORREIA JUNIOR, Rubens; VENTURA, Carla Arena. O tratamento dos portadores de transtorno mental no Brasil – da legalização da exclusão à dignidade humana. **REVISTA DE DIREITO SANITÁRIO,** Brasil, v. 15, n. 1, p. 40-60, ano 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82805/85760>>. Acesso em: 19 Ago. 2017

COUTO, Maria Clara P. de Paula; HOHENDOR, Jean Von; KOLLER, Silvia Helena. **Manual de produção científica.** In: _____. Hoje vou escrever um artigo científico: a construção e a transmissão do conhecimento. Como escrever um artigo de revisão de literatura. Porto Alegre: Penso, 2014.

DIAS, Felipe da Veiga; REIS, Jorge Renato dos. Autonomia Privada e Paternalismo Estatal: A Necessidade de Políticas Públicas Preventivas para Alteração do Paradigma Público-Privado. **PENSAR – REVISTA DE CIÊNCIA JURÍDICA.** v.19, n. 1, 2014. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/3089> >, acesso em: 12 Ago. 2017.

FAGGION, Vinícius de Souza. Teoria da Justiça, Igualitarismo e Estado Democrático de Direito: Uma Apreciação Crítica. **ATHENAS – REVISTA DE DIREITO, POLÍTICA E FILOSOFIA - FACULDADE DE DIREITO DE CONSELHEIRO LAFAIETE – FDCL.** Brasil, v. 2, ano 2014. Disponível em: <www.fdcl.com.br/revista/site/download/fdcl_athenas_ano3_vol2_2014_artigo1.pdf> Acesso em: 20 Ago. 2017

FERNANDES, Sandra Michelle Bessa de Andrade. Nise da Silveira e a Saúde Mental no Brasil: Um Itinerário de Resistência. **BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**. Rio Grande do Norte, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21426>>, Acesso em: 01 Ago. 2017.

FONTE, E. DA Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: As Sete Vidas da Agenda Pública em Saúde Mental no Brasil. **ESTUDOS DE SOCIOLOGIA**, 01 Mar. 2013. Disponível em:<<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>

FOUCAULT, Michel – **O nascimento da clínica**. In: _____: **Espaços e classes**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **HISTÓRIA DA LOUCURA**. São Paulo: Perspectiva, 1972

GALERA, Sueli Aparecida Frari; ZANETTI, Ana Carolina Guidorizi; FERREIRA, Gabriela Cristina da Silva; GIACON, Bianca Cristina Ciccone; CARDOSO, Luciene. Pesquisas com Famílias de Portadores de Transtorno Mental. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, Brasília, v. 64, n. 4, Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a22v64n4.pdf>. Acesso em 27 Ago. 2017.

GOFFMAN, Erving – **ESTIGMA** – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Sabotagem, 1963.

GOFFMAN, Erving – **Manicômios, Prisões e Conventos**. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1974.

KONDER, Carlos Nelson. Vulnerabilidade Patrimonial e Vulnerabilidade Existencial: por um sistema diferenciador. **REVISTA DE DIREITO DO CONSUMIDOR**. v. 99/2015, p. 101-123, ano 2015. Disponível em: <https://www.academia.edu/26776619/Vulnerabilidade_patrimonial_e_vulnerabilidade_existencial_por_um_sistema_diferenciador>, acesso em: 29 Jul. 2017

LIMONGI, Viviane Cristina de Souza. A Capacidade Civil e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (lei federal nº. 13.146/2015): Reflexos Patrimoniais Decorrentes do Negócio Jurídico Firmado pela Pessoa com Deficiência Mental. **TEDE – SISTEMA DE PUBLICAÇÃO ELETRÔNICA DE TESES E DISSERTAÇÕES. BIBLIOTECA DIGITAL. PUC SÃO PAULO**. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19707>>. Acesso em: 19 Ago. 2017.

LOCH, Alexandre Andrade. Esteriotipos e Crenças Relacionadas a Esquizofrenia: Um Levantamento Comparativo entre Profissionais de Saúde Mental e a População Geral do Brasil. **BIBLIOTECA DIGITAL DA USP**. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03012014.../AlexandreAndradeLoch.pdf>. Acesso em: 13 Ago. 2017

LONGO, Paulino W; PIMENTA, A. Mattos; ARRUDA, Joy. Lobotomia Pré-frontal. Resultados Clínicos em Hospital Privado. **ARQUIVOS DE NEUROPSIQUIÁTRIA**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 126-140, jun. 1949 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1949000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 ago. 2017.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **O alienista**. In: *Obra Completa*, v.II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar 1994. Disponível em <www.dominiopublico.gov.br>. Acesso em 09 Jan. 2017.

MARZANO, Maria Luisa Rietra; SOUSA, Célia Antunes C. de. O Espaço Social do Caps como Possibilitador de Mudanças na Vida do Usuário. **TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM**. Santa Catarina, v. 13, n. 4, ano 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a10.pdf>. Acesso em: 13 Ago. 2017.

MEIRELLES, Jussara Maria Leal de. Meio Ambiente e saúde mental: uma perspectiva jurídica da solidariedade. In: CONPEDI – Encontro de Manaus. Disponível em: <conpedi.org>. Acesso em 10 jan 2017.

MELO, J. R. T.; SILVA, R. A. da; MOREIRA JÚNIOR, E. D. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador. **ARCA - REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA FIOCRUZ**. Arquivos de Neuropsiquiatria. Bahia, v. 62, n. 3-A, p. 711-715, 2004. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9860>>. Acesso em 12/08

MORAES, Maria Celina Bodin de; CASTRO, Thamís Dalsenter Viveiros de. A Autonomia Existencial nos Atos de Disposição do Próprio Corpo. **PENSAR - REVISTA DE CIÊNCIAS JURÍDICAS**. Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 779-818, ano 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/3433>> Acesso em: 18 Ago. 2017.

OLIVEIRA, Sandra Elisabete Henriques de - (In)visível para quem?: um olhar sobre o estigma internalizado, auto-estima e qualidade de vida em pessoas com doença mental. **REPOSITÓRIO DO ISCTE-IUL - INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA**. Lisboa, ano 2016, Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10071/12455>>, acesso em: 14 Ago. 2017.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção Social de Portadores de Sofrimento Psíquico: O Olhar de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, ano 2013.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. Loucura e Deficiência Mental – Uma Questão de Capacidade. **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO AMAZONAS. ARTIGOS**. Amazonas, 2011. Disponível em: <<http://www.mpam.mp.br/centros-de-apoio-sp-947110907/civel/artigos/ausentes-e-incapazes/3343-loucura-e-deficiencia-mental-uma-questao-de-capacidade>>, Acesso em: 01 Ago. 2017

RAMOS, Evilásio Almeida. Educar para a Autonomia Existencial. **REVISTA EDUCAÇÃO E DEBATE**. Fortaleza, v. 9, n. 9, p. 77-87, 1985. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/13095>>, Acesso em: 31 Jul. 2017

REQUIÃO, Maurício. **Estatuto da Pessoa com deficiência, incapacidades e interdição**. Salvador: Jus Podivm, 2016.

_____. **Autonomia, incapacidade e transtorno mental: propostas pela promoção da dignidade**. 2015. 195 f. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito da UFBA, Universidade Federal da Bahia. In: RI - Repositório Institucional. UFBA. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/17254>>. Acesso em: 07 Jan. 2017.

RODRIGUES; Renata de Lima. Incapacidade, Curatela e Autonomia Privada: Estudos no Marco do Estado Democrático de Direito. **BIBLIOTECA DIGITAL DE TESES E DISSERTAÇÕES. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS**. Disponível em: <www.biblioteca.pucminas.br/teses/Direito_RodriguesRL_1.pdf>, Acesso em: 01 Ago. 2017

SOALHEIRO, Nina Isabel. Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. **CADERNO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL**. v. 4, n. 8, p. 30-44, ano 2012. Disponível em: incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2016>. Acesso em: 01 Ago. 2017

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. Organização e saber psiquiátrico. **Rev. adm. empres.**, São Paulo , v. 21, n. 4, p. 49-58, dez. 1981 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901981000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 ago. 2017.

VIEIRA, Ana Rosa Bulcão. Organização e saber psiquiátrico. **REVISTA ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS**. [online] 1981, vol.21, n.4, pp.49-58. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901981000400005>>, p. 1-2. Acesso em 12 Ago. 2017