

# **XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP**

## **DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II**

**FERNANDO DE BRITO ALVES**

**VIVIANE GRASSI**

**EDINILSON DONISETE MACHADO**

**BRUNA AZZARI PUGA**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

#### **Diretoria - CONPEDI**

**Presidente** - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

**Diretor Executivo** - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

**Vice-presidente Norte** - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

**Vice-presidente Centro-Oeste** - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

**Vice-presidente Sul** - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

**Vice-presidente Sudeste** - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

**Vice-presidente Nordeste** - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

**Representante Discente:** Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

#### **Conselho Fiscal:**

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

#### **Secretarias**

##### **Relações Institucionais:**

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

##### **Comunicação:**

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

##### **Relações Internacionais para o Continente Americano:**

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

##### **Relações Internacionais para os demais Continentes:**

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

##### **Educação Jurídica**

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

##### **Eventos:**

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

##### **Comissão Especial**

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direitos e garantias fundamentais II[Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Fernando De Brito Alves, Viviane Grassi, Edinilson Donisete Machado, Bruna Azzari Puga – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-301-5

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Os Caminhos Da Internacionalização E O Futuro Do Direito

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direitos. 3. Garantias fundamentais. XXXII Congresso Nacional do CONPEDI São Paulo - SP (4: 2025: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34

# XXXII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI SÃO PAULO - SP

## DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS II

---

### **Apresentação**

#### Direitos e Garantias Fundamentais II

É com grande satisfação que apresentamos a produção acadêmica debatida no Grupo de Trabalho de Direitos e Garantias Fundamentais, no âmbito do XXXII Congresso Nacional do CONPEDI. A presente coletânea reflete a vitalidade da pesquisa jurídica brasileira, reunindo investigações que não apenas reafirmam a centralidade da dogmática constitucional, mas que, sobretudo, enfrentam as tensões contemporâneas de uma sociedade em rede e em constante transformação.

A pauta dos trabalhos apresentados revela a preocupação dos pesquisadores com os novos contornos da esfera pública digital. O GT aprofundou-se no que se denominou vetor jurídico da infodemia, dissecando a colisão entre liberdade de comunicação e desinformação. A judicialização do conflito entre fake news e liberdade de expressão, a responsabilidade digital frente ao discurso de ódio e os limites do humor — exemplificados no debate sobre o caso Léo Lins — demonstram a urgência de balizas hermenêuticas para o ambiente virtual. Neste eixo, destacam-se ainda as análises sobre a aplicação da LGPD, a interface entre Inteligência Artificial e a proteção de crianças e adolescentes, e as inovadoras propostas de um direito à vida analógica e à desconexão sob uma perspectiva garantista.

Não obstante o foco tecnológico, o Grupo de Trabalho manteve firme o olhar sobre a materialidade da vida e a justiça social. Foram intensos os debates acerca da função social da propriedade, da usucapião e do direito à moradia adequada sob o paradigma do PIDESC. Questões sensíveis como a relativização da impenhorabilidade do salário, a mitigação do mínimo existencial e a proporcionalidade nas sanções políticas tributárias (IPTU) evidenciaram a busca por um equilíbrio entre a eficácia econômica e a dignidade humana.

A proteção de grupos vulnerabilizados ocupou lugar de destaque. As pesquisas trouxeram à luz a violência estrutural contra a mulher e a luta pela autonomia privada feminina — seja em interpretações dworkinianas, seja na contestação de barreiras em concursos militares. No espectro da infância e juventude, os artigos transitaram da evolução das políticas de acolhimento às inovações legislativas recentes. O GT também acolheu críticas contundentes sobre a exclusão social, abordando desde a inclusão de pessoas com sofrimento mental até a supressão de direitos no sistema prisional e o "estado de coisas" da dignidade encarcerada.

Por fim, a densidade teórica do evento se revelou nas discussões bioéticas e de filosofia do direito. O direito à morte digna, a recusa terapêutica e a governança médica foram analisados par e passo com reflexões sobre a biopolítica e a "vida nua". A teoria constitucional foi revisitada através das lentes de Günther Teubner e Thomas Vesting, discutindo a fragmentação constitucional e o Estado em rede, bem como o debate sobre o direito ao esquecimento na reforma civilista.

Os textos aqui reunidos são o resultado de um diálogo profícuo e rigoroso. Convidamos a comunidade acadêmica a debruçar-se sobre estas páginas, que representam um retrato fiel e desafiador do estado da arte da pesquisa em Direitos Fundamentais no Brasil.

São Paulo, primavera de 2025.

Prof. Dr. Fernando de Brito Alves - UENP

Profa. Dra. Viviane Grassi - UNIFACVEST

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UENP

Profa. Dra. Bruna Azzari Puga - UPM

## **A INCLUSÃO DAS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS NORMAS E LACUNAS LEGAIS**

### **THE INCLUSION OF PEOPLE WITH MENTAL SUFFERING: A CRITICAL ANALYSIS OF LEGAL NORMS AND GAPS**

**Rosemary Cipriano Da Silva <sup>1</sup>**  
**Giselle Coelho de Almeida**

#### **Resumo**

Com o objetivo de assegurar maior dignidade às pessoas com deficiência mental, o Estatuto da Pessoa com Deficiência promoveu significativas alterações na legislação civil brasileira, especialmente ao excluir do ordenamento jurídico a previsão da incapacidade civil absoluta fundamentada exclusivamente em enfermidade ou deficiência mental. Essa mudança implicou, como consequência, a eliminação da regra geral de interdição que anteriormente impunha a essas pessoas a incapacidade total para a prática de atos da vida civil. A partir dessa nova concepção, a legislação passou a reconhecer que a deficiência mental não impede, por si só, o exercício da autonomia civil, conferindo proteção jurídica por meio da curatela, instrumento que deve ser aplicado de maneira proporcional e específica às necessidades do indivíduo. No entanto, observa-se que as pessoas com sofrimento mental — embora possam apresentar limitações semelhantes — não são formalmente reconhecidas como pessoas com deficiência nos termos legais, ficando, assim, excluídas do regime protetivo previsto pelo Estatuto. Diante disso, o presente artigo propõe-se a analisar possíveis lacunas existentes na legislação brasileira contemporânea que resultam na desproteção jurídica de pessoas em situação de sofrimento mental.

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência, Sofrimento mental, Proteção jurídica, Estatuto da pessoa com deficiência, Capacidade civil

#### **Abstract/Resumen/Résumé**

Aiming to ensure greater dignity for individuals with mental disabilities, the Brazilian Statute of Persons with Disabilities introduced significant changes to civil legislation, particularly by removing the provision of absolute legal incapacity solely based on mental illness or disability. As a result, the general rule of interdiction that previously imposed total incapacity for civil acts was eliminated. Under this new legal framework, mental disability alone does not prevent the exercise of civil autonomy, and legal protection is granted through curatorship, which must be applied proportionally and according to the individual's specific needs. However, individuals experiencing mental suffering—although they may face similar limitations—are not formally recognized as persons with disabilities under the law and, therefore, are excluded from the protective framework established by the Statute. In this

---

<sup>1</sup> Advogada atuante na área de Direito de Família e Sucessões. Professora dos cursos de graduação da Faculdade Santo Agostinho de Sete Lagoas. Mediadora de conflitos e instrutora em mediação.

context, the present article aims to analyze potential gaps in current Brazilian legislation that result in a lack of legal protection for individuals with mental suffering.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Mental suffering, Legal protection, Statute of persons with disabilities, Persons with disabilities, Civil capacity

## 1 INTRODUÇÃO

Durante um longo período as pessoas com sofrimento mental foram colocadas à margem da sociedade, confinadas em manicômios, e o ordenamento jurídico brasileiro determinava que eram absolutamente incapazes para exercer os atos da vida civil. Tal situação foi modificada apenas na última década com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência que alterou profundamente as teorias de capacidade civil na legislação pátria.

Este artigo faz um recorte da evolução histórica da loucura e analisa as mudanças legais que ocorreram ao longo do tempo, diante de um contexto histórico que relegou a loucura a uma condição de marginalização e exclusão. A relevância do estudo justifica-se pela hipótese inicial de que as normas vigentes ainda são insuficientes para proteger as pessoas com sofrimento mental, seja em razão da dificuldade de diagnóstico, ou pela dificuldade em se definir com precisão o que é doença mental, bem como pela estigmatização sofrida por essas pessoas ao longo dos séculos e que permanece até os dias atuais.

Apesar de ter tido alguns avanços significativos após a ratificação da Convenção de Nova York pelo Congresso Nacional e da vigência do Estatuto da Pessoa com Deficiência, ainda existem lacunas importantes na legislação que são obstáculos consideráveis que impedem a proteção jurídica integral das pessoas com sofrimento mental que ainda estão em situação de vulnerabilidade perante a sociedade.

O objetivo geral da pesquisa é analisar se as normas que regulamentam a proteção das pessoas com sofrimento mental asseguram seus direitos como pessoas que necessitam de amparo especial tendo em vista sua situação de fragilidade em relação à comunidade.

Para realizar o objetivo proposto, trabalhou-se no primeiro tópico o contexto histórico e a evolução do tratamento dado às pessoas com sofrimento mental na sociedade em geral. Em seguida, passou-se a analisar as alterações legislativas que culminaram na alteração do instituto da capacidade civil e como isso afetou o direito das pessoas com sofrimento mental. No tópico seguinte, analisou-se a possível existência de lacunas no direito brasileiro que possam impedir a plena participação das pessoas com sofrimento mental na sociedade em igualdade de condições com as demais.

A metodologia adotada está alinhada com a abordagem jurídico-dogmática, tendo como ponto inicial uma pesquisa teórica consubstanciada na análise da legislação, jurisprudência recente e doutrina pertinente ao tema. Em síntese, a pesquisa oferece uma contribuição significativa para o entendimento das transformações legais e sociais no tratamento da loucura, enfatizando a importância de um modelo inclusivo e estruturado a partir

do princípio da dignidade humana e alinhado aos objetivos da Convenção de Nova York para assegurar igualdade material às pessoas com sofrimento mental que estão em situação de vulnerabilidade frente à sociedade.

## 2 CONTEXTO HISTÓRICO

A História da Loucura foi a tese de doutorado do filósofo francês Michel Foucault. O filósofo identifica três fases distintas no tratamento da loucura: a Indiferenciação (séculos XV e XVI), caracterizada pela ausência de uma distinção clara entre loucura e sabedoria, em que os indivíduos considerados loucos eram tidos como estranhos, mas viviam livres; a Segregação (séculos XVII e XVIII), na qual a loucura é excluída do domínio da razão e confinada, embora ainda não completamente compreendida; e a Medicalização (séculos XIX e XX), marcada pelo entendimento crescente da loucura como uma "doença mental", transformando-a em objeto de estudo médico e tratamento (FOUCAULT, 2014).

Segundo Bruno Carrasco<sup>1</sup> (2023), Foucault demonstra que a visão de loucura como doença é uma visão relativamente recente. Ana Amstalden e Eduardo Passos afirmam que no contexto de medicalização da loucura, Phillippe Pinel<sup>2</sup>, propõe uma forma de tratamento aos loucos, o chamado "tratamento moral", que consistia em reeducação dos pacientes, no respeito às normas, rotina rigidamente estabelecida, medicamentos receitados somente pelo médico e atividades de trabalho e lazer. Para Pinel, o médico e o manicômio desempenhavam uma importante função disciplinadora que deveria ser feita com determinação, mas também com gentileza. Essa abordagem evidencia a natureza fundamentalmente moral que a loucura passa a adquirir.

### 2.1 ABORDAGEM DA LOUCURA NO BRASIL

Carla Roberta Ferreira Destro (2021) explica que em um primeiro momento houve a institucionalização da loucura, com a criação do Hospício Pedro II, o “Palácio dos Loucos”, no Rio de Janeiro. A instituição possuía características predominantemente asilares e de privação de liberdade, mas, com o tempo se modificou visando uma abordagem medicalizante, com intensificação de práticas violentas e higiênicas, com situações de maus-tratos, uso de camisas

---

<sup>1</sup> Professor de filosofia e psicologia

<sup>2</sup> <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/vpc/reforma.html>

de força, trabalhos forçados, choques elétricos, lobotomia, abandono, superlotação e elevada quantidade de óbitos.

Informações contidas no site do Ministério da Saúde (2005) dão conta de que após o golpe de 1964 e a implantação da ditadura militar, a situação nacional dos manicômios se agravou ainda mais, com um processo que ficou conhecido como a mercantilização da loucura, período em que houve o aumento expressivo do número de leitos psiquiátricos em virtude dos recursos financeiros da psiquiatria serem exclusivamente destinados às internações em clínicas privadas, o que levou a uma grande quantidade de internações desnecessárias, aumentando expressivamente o lucro das empresas privadas deste segmento.

A mercantilização não trouxe avanços em termos de cuidados, pelo contrário, situações de maus tratos, formas agressivas de tratamento como os eletrochoques, isolamento, uso de camisas de força, a insulinoaterapia e a lobotomia eram recorrentes em diversos manicômios, tanto instituições públicas quanto privadas. (Biblioteca Virtual em Saúde, 2021).

## 2.2 HOLOCAUSTO BRASILEIRO

O hospital Colônia de Barbacena abriu as portas em 1903. Segundo Daniela Arbex (2013), desde o início do séc. XX, não havia critério médico para as internações e a estimativa era de que cerca de 70% dos atendidos não tinham nenhuma doença mental. O Colônia se tornou um lugar onde eram encarcerados homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoólicos, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de pessoas consideradas indesejadas, em uma clara ação discriminatória de higienização social.

Na década de 30, a unidade que foi projetada para atender 200 pacientes tinha um quadro de superlotação com aproximadamente 5 mil pacientes. A alternativa encontrada para a situação foi a substituição de camas por leito chão, com o uso de capim, o que foi oficialmente sugerido pelo chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica de Minas Gerais, José Consenso Filho. O modelo de leito chão “deu tão certo” que foi recomendado pelo Poder Público para ser utilizado em outros hospitais do estado em 1959. A situação era tão desumana e degradante que os pacientes dormiam muitas vezes empilhados uns sobre os outros na vã tentativa de se aquecer durante a noite, sendo comum encontrar pela manhã alguns pacientes mortos, os que ficavam por baixo da pilha de corpos (ARBEX, 2013).

Conforme Daniela Arbex (2013), os pacientes que tinham condições físicas eram obrigados a fazer trabalhos forçados, como por exemplo a abertura de estradas na enxada, plantações de alimentos, consertos de vias públicas, limpeza de pastos e fabricação de doces.

Registros que a jornalista teve acesso, de 1916, mostram que quase metade da receita do hospital adveio dos trabalhos realizados pelos pacientes e pela venda dos alimentos que eles plantavam (e que não podiam comer). Arbex (2013) ainda relata como foi a visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Hospital Colônia de Barbacena:

É preciso perceber que nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a nossa omissão, menos ainda uma bárbara como esta. Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro da luta pelo fim dos manicômios, esteve no Brasil e conheceu o Colônia. Em seguida, chamou uma coletiva de imprensa, na qual afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. **Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta.** (grifo nosso), (ARBEX, 2013, p. 15/16).

Esta afirmação impactante, deu origem ao nome do livro escrito pela jornalista Daniela Arbex, Holocausto Brasileiro. Conforme apurado por Daniela Arbex (2013), estima-se que aproximadamente 60 mil pessoas morreram no local. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes foram vendidos, a dezessete faculdades de Medicina do país, incluindo a UFMG. Não havia autorização de nenhum dos familiares para a comercialização dos corpos. Essa realidade somente começou a ser alterada no início da década de 80, com o início do movimento antimanicomial no Brasil.

## 2.3 REFORMA PSIQUIÁTRICA

Conforme estudo publicado no site da Agência Senado (2021), o grande precursor da Reforma Psiquiátrica foi o italiano Franco Basaglia, que desenvolveu uma abordagem de tratamento priorizando o tratamento em liberdade dos pacientes e buscando uma ruptura com o modelo manicomial de segregação e encarceramento vigente. Sua metodologia de tratamento foi tão eficaz que levou a prefeitura de Trieste a fechar o hospital psiquiátrico San Giovanni no início da década de 70 (que chegou a ter cerca de mil e duzentos pacientes internados) e a implantar de forma gradativa novos centros terapêuticos territoriais, com a premissa do tratamento em liberdade.

O site do Centro Cultural da Saúde (2021) publicou estudo que demonstra que o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve início no final da década de 70 e início da década de 80. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado pelos trabalhadores da saúde mental, familiares, sindicalistas, associações profissionais e pessoas com longo

histórico de internações psiquiátricas surge no ano de 1978 denunciando a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e tecendo duras críticas à hegemonia de uma rede privada de assistência e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Extraí-se do site da Agência Senado (2021) que em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei PL 3.657/1989 que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentação da internação psiquiátrica compulsória. Com a promulgação da Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

Conforme se infere no site do Centro Cultural da Saúde (2021) na década de 1990, foram estabelecidas as primeiras normas federais para regulamentar a implementação de serviços de atenção diária no país. As normas foram baseadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia. Nessa época, também foram estabelecidas as primeiras normas para a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado foi sancionada. A Lei Federal 10.216/01 redirecionou a assistência em saúde mental, priorizando o tratamento em serviços de base comunitária, além de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Embora não tenha estabelecido mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, a promulgação da lei 10.216 impulsionou um novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Agência Senado, 2021).

Em que pese a reforma psiquiátrica ter ocorrido na legislação brasileira há mais de duas décadas, Carla Roberta Ferreira Destro (2021) afirma que:

O estigma e o preconceito cultivado durante todo o processo histórico, porém, dificulta a colocação e a aceitação social do louco até os dias atuais. A desinternação do doente sem a alteração do pensamento social é ineficaz, pois o doente estará em liberdade, mas completamente alheio e excluído do convívio social (DESTRO, 2021, p. 09).

A Reforma Psiquiátrica foi caracterizada pelo gradual fechamento de manicômios que se proliferavam pelo país. Nos termos da Lei 10.216/01, as internações psiquiátricas só serão

consideradas quando os recursos extra-hospitalares não estiverem disponíveis ou forem insuficientes para o tratamento.

Em substituição aos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou, em 2002, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o país. Conforme definição do Ministério da Saúde, os CAPS são espaços destinados ao acolhimento de pacientes com transtornos mentais, constituídos por equipe multiprofissional e que atuam sob a ótica interdisciplinar proporcionando tratamento não-hospitalar, com o objetivo de oferecer assistência psicológica e médica visando à reintegração dos indivíduos à sociedade. (Agência Senado, 2021).

### **3. DIFICULDADE DE DIAGNÓSTICO**

Segundo o Instituto de Psiquiatria do Paraná não é possível identificar os transtornos mentais a partir de marcadores biológicos, ou seja, não é possível chegar a um diagnóstico a partir de exames de sangue, urina ou de imagens, como raios-x e tomografias. O diagnóstico se baseia a partir de relatos e na resposta ao tratamento, o que pode demorar meses e até anos.

Corroborando a afirmação de dificuldade de diagnóstico, Paulo Dalgallarrondo (2019) afirma que o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico é baseado preponderantemente nos dados clínicos, sendo que alguns exames podem ser cruciais para diferenciar um transtorno de uma doença neurológica. Enfatizando tal circunstância, o autor explica ainda que:

O diagnóstico psicopatológico é, em inúmeros casos, apenas possível com a observação do curso do transtorno. Dessa forma, o padrão evolutivo de determinado quadro clínico obriga o psicopatólogo a repensar e refazer continuamente seu diagnóstico. Uma das funções do diagnóstico em medicina é prever e prognosticar a evolução e o desfecho da doença (o diagnóstico deveria indicar o prognóstico). Porém, às vezes, isso se inverte no contexto da psicopatologia. Não é incomum que o prognóstico, a evolução do caso, obrigue o clínico a reformular seu diagnóstico inicial (DALGALLARRONDO 2019, p.84).

Tais afirmações demonstram a complexidade e a dificuldade de se chegar a um diagnóstico de transtorno mental, podendo inclusive demorar meses e até mesmo alguns anos, o que afeta a qualidade de vida dos pacientes, haja vista que a ausência de um diagnóstico correto prejudica consideravelmente o tratamento.

## **4 INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A PARTIR DA CONVENÇÃO DE NOVA YORK**

Desde a Idade Média as pessoas com deficiência em geral eram excluídas da sociedade, sendo confinadas em prisões e posteriormente em manicômios. Segundo Paulo Lôbo (2024) a história da loucura é marcada por abusos e intrusões na autonomia das pessoas. Na sociedade contemporânea foram criados institutos jurídicos que corroboram tal afirmação, como por exemplo a interdição, que impedia a prática de atos civis por parte dessas pessoas, podendo ser considerada uma verdadeira “morte civil” do interditado, segundo Nelson Rosenvald (2016).

A antiga perspectiva sobre a capacidade civil pressupunha apenas as atividades com viés econômico, no entanto, transformações sociais que alcançaram o direito civil, fizeram com que as incapacidades civis se tornassem cada vez mais uma exceção, de forma que, atualmente, a capacidade civil é considerada um direito fundamental.

### **4.1 ALTERAÇÃO DA CAPACIDADE CIVIL E DA CURATELA A PARTIR DA ENTRADA EM VIGOR DO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

A Convenção de Nova York (2007) ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro em 2008 foi o primeiro tratado internacional de Direitos Humanos aprovado pelo procedimento especial e qualificado (que atribui o mesmo status de norma constitucional). Apesar de vigente no país, a convenção não possuía eficácia social. Tal situação apenas se modificou com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei. 13.146/2015).

Segundo Nelson Rosenvald (2023) a capacidade civil pressupõe autodeterminação, escolha dos próprios rumos, decisões sobre aspectos existenciais e patrimoniais da própria vida. Houve no ordenamento jurídico, uma mudança de paradigma, na qual, busca-se a proteção das pessoas com sofrimento mental, enquanto pessoas vulneráveis que necessitam de uma proteção especial do Estado.

Neste contexto, com as alterações legislativas recentes, apenas em casos extremos deverá ser deferida a curatela, que deverá ser proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso concreto e ter a menor duração de tempo possível, recaindo apenas sobre os direitos de natureza patrimonial e negocial, conforme disposto no art. 85 do Estatuto da Pessoa com

Deficiência. Dessa forma, preserva-se, a autonomia da vontade em relação às decisões existenciais<sup>3</sup> do curatelado.

Nesta perspectiva, houve uma “implosão” da interdição nas palavras de Nelson Rosenvald (2016) que assegura que compete ao magistrado a elaboração de um projeto terapêutico individualizado, com diretrizes específicas adaptadas às particularidades da pessoa em questão. Nesse plano, deverão ser estabelecidos os atos e as atividades em que será assegurada sua autonomia da vontade, aqueles em que haverá necessidade de assistência, bem como as hipóteses em que a representação se fará necessária. De modo preponderante as decisões existenciais permanecem a cargo do curatelado e as decisões patrimoniais sujeitas ao curador. Em substituição ao modelo tradicional de interdição, caracterizado por uma declaração genérica e abstrata de incapacidade, a decisão judicial deverá ser fundamentada e orientada à promoção da recuperação e ao fortalecimento da autonomia da pessoa submetida à curatela.

Tal mudança, altera profundamente o instituto da curatela, que busca trazer mais efetividade às disposições da Convenção de Nova York e do Estatuto da Pessoa com Deficiência, mantendo ao máximo possível a autonomia da vontade e a capacidade civil da pessoa com deficiência. Apesar do Estatuto ter alterado a teoria das capacidades no ordenamento jurídico brasileiro, tais mudanças, mesmo após nove anos da vigência da lei no país, ainda não são aplicadas de forma concreta no instituto da curatela que deveria ser utilizada apenas como *ultima ratio*.

Uma pesquisa realizada por Daniel Moreira de Carvalho (2020), no qual foram analisados 50 processos de curatela que tramitaram na Comarca de Belo Horizonte, nas quais as sentenças de mérito foram proferidas após o início da vigência do EPCD, foi observado que em 70% dos processos analisados, não foram realizados estudos técnicos de natureza psicológica ou social. Em contrapartida, em 100% dos casos houve a realização de perícia médica por profissional da área de psiquiatria, cujas conclusões foram integralmente acolhidas pelo magistrado. Observou-se, ainda, que, embora em 15 dos 50 processos tenha havido a produção de estudos psicossociais, esses foram conduzidos de forma isolada, sem a finalidade de subsidiar ou complementar a avaliação da deficiência. Tais estudos foram utilizados

---

3 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.

unicamente para embasar a escolha do curador considerado mais adequado para a situação concreta.

Tal pesquisa, ainda que por amostragem, demonstra que apesar do Estatuto da Pessoa com deficiência determinar a realização de um estudo psicossocial com equipe multidisciplinar, na prática, ainda prevalece o modelo médico.

## **5 LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO À PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL**

Analisando as normas jurídicas vigentes no país, Cíntia Menezes Brunetta (2005), faz uma compilação das leis mais relevantes relacionadas a proteção do deficiente e em especial a pessoa com sofrimento mental, vejamos:

Legislação que resguarda os direitos das pessoas com deficiência em geral:

Lei nº 7.713 - que confere isenção de imposto de renda sobre proventos de aposentadoria ou reforma percebidos por pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como sobre os valores recebidos a título de pensão;

Lei nº 8.213 - que dispõe da habilitação e reabilitação profissional e social da pessoa com deficiência;

Lei nº 8.742 - que regulamenta o benefício assistencial de prestação continuada;

Lei nº 8.899 - que concede passe livre às pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual;

Lei nº 9.394 - que define as diretrizes e bases da educação, especialmente no que se trata da educação especial;

Lei nº 10.708 - que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Lei nº 13.146/2015 O Estatuto da Pessoa com Deficiência - representa um marco legal que visa assegurar os direitos fundamentais e a inclusão social das pessoas com deficiência no Brasil.

Legislação de proteção à pessoa com sofrimento mental:

Declaração de Direitos do Deficiente Mental, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de dezembro de 1971;

Declaração de Caracas

Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, assinada pelo Brasil em 1999, aprovada pelo Decreto Legislativo nº198, de 13/06/01 e promulgada pelo Decreto nº 3.956, de 08/10/01;

Lei Nº 10.216 - De 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado é considerada a principal proteção legislativa das pessoas com sofrimento mental no país.

A Lei Paulo Delgado merece destaque por representar um marco histórico na luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental. Estruturada no princípio da dignidade da pessoa humana e profundamente inspirada nas lições de Franco Basaglia busca garantir um tratamento digno através do redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental no país preconizando o tratamento em liberdade com a criação de hospitais-dia, CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) e SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica).

Essa lei veda expressamente práticas de isolamento, contenção física e química, bem como torna as internações uma exceção, e estabelece como meta a progressiva desinstitucionalização de pacientes dos hospitais psiquiátricos. As disposições legais se restringem à proteção, disposições relacionadas ao tratamento da saúde mental e a desinstitucionalização progressiva dos pacientes psiquiátricos.

## **6 LACUNAS NA LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO MENTAL**

A mudança de paradigma promovida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência em relação à capacidade civil visou atribuir autonomia às pessoas com deficiência, uma vez que a capacidade se tornou a regra, e apesar da falta de eficácia, é o que está previsto na legislação em vigor. Tal mudança, em tese, preservou os direitos dessas pessoas, mas acabou por criar um limbo, uma vez que a hipótese prevista no inciso II, do art. 3º do Código Civil foi revogada e retirou do rol dos absolutamente incapazes os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática de atos da vida civil. A pessoa com sofrimento mental, conforme o Código Civil, não é mais considerada incapaz, no entanto, segundo entendimento majoritário da jurisprudência e normas infralegais também não se enquadra como pessoa com deficiência, excluindo, portanto, sua proteção legal.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência no art. 2º caracteriza a pessoa com deficiência:

**Art. 2º** Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

No ordenamento jurídico brasileiro, o Decreto 3.298/1999 conceitua deficiência mental nos seguintes termos:

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

(...)

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

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

É importante tecer algumas críticas acerca de tal previsão normativa. Apesar do Decreto 3.298 ser de 1999 e, portanto, anterior à ratificação da Convenção de Nova York (2008), bem como do Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), o instrumento normativo é utilizado até hoje para negar às pessoas com sofrimento mental o seu reconhecimento como pessoas com deficiência. É possível citar diversas situações representativas de tal posicionamento nas decisões administrativas e judiciais no país.

Como exemplo, citamos: a) a recusa de bancas examinadoras de reconhecer candidatos com transtorno bipolar como pessoa com deficiência utilizando como argumento a definição do art.4º, IV do Decreto 3.298<sup>4</sup>, b) em uma cartilha com respostas a perguntas frequentes as cotas para pessoas com deficiência na UFU (Universidade Federal de Uberlândia)<sup>5</sup> a instituição esclarece que casos de transtornos psiquiátricos e outros déficits como Atenção e Hiperatividade não possuem direito a cotas PCD, no mesmo sentido se posiciona a UFPA<sup>6</sup> e a UFMG,<sup>7</sup> que mudou os critérios para o processo seletivo da graduação apenas no edital de

---

4 [Banca examinadora não reconhece transtorno de bipolaridade como deficiência mental — Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios](#)

5 [https://prograd.ufu.br/sites/prograd.ufu.br/files/media/documento/perguntas\\_frequentes\\_pcd.pdf&ved=2ahUKFwjIpce2kvmFAxXYqZUCHScoBAs4ChAWegQIChAB&usg=AOvVaw3iHbRrS0s2NePhnHgteWNK](https://prograd.ufu.br/sites/prograd.ufu.br/files/media/documento/perguntas_frequentes_pcd.pdf&ved=2ahUKFwjIpce2kvmFAxXYqZUCHScoBAs4ChAWegQIChAB&usg=AOvVaw3iHbRrS0s2NePhnHgteWNK)

6 <https://portal.ufpa.br/index.php/ultimas-noticias2/12329-estudantes-com-deficiencia-tem-direito-a-cotas-especificas-no-vestibular-da-ufpa>

7 A UFMG estabelecia que a comprovação da deficiência e, consequente elegibilidade para as vagas reservadas às pessoas com deficiência tomará por base os termos do Decreto nº3.298/1999. Decreto nº5.296/04 e Lei nº12.764/12. Apenas no edital do processo seletivo de 2024 passou a utilizar a avaliação biopsicossocial. Disponível em : <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/lbi-rege-avaliacao-de-candidatos-com-deficiencia-que-concorrem-a-vagas-na-graduacao> Acesso em 07/05/24. No entanto, tais critérios permanecem os mesmos para o processo seletivo de pós-graduação em Direito. Disponível em: <https://pos.direito.ufmg.br/processo-seletivo/>. Acesso em 20/06/2024.

2024, c) e no mesmo sentido caminha a jurisprudência de diversos tribunais do país, tanto estaduais quanto federais<sup>8</sup>.

O curioso, para dizer o mínimo, senão puramente contraditório, é que os mesmos tribunais que não reconhecem casos de transtornos mentais como PCD (pessoa com deficiência) para fins de vagas em universidades públicas e concursos, são os mesmos que determinam a curatela dos portadores de sofrimento mental (Cap. IV.I). Apesar de serem declarados como absolutamente incapazes para exercer atos da vida civil em função da enfermidade, são excluídos da proteção conferida pelo EPCD (Estatuto da pessoa com deficiência). Importante ressaltar ainda, que em alguns casos pontuais, a incapacidade das pessoas com sofrimento mental é considerada grave o suficiente para ensejar o recebimento de benefícios assistenciais e previdenciários: LOAS, auxílio-doença e até mesmo aposentadoria por incapacidade permanente.

Outro aspecto a ser observado é que a definição de deficiência mental do decreto 3.298/1999 confunde dois termos: deficiência mental e deficiência intelectual, que, na definição prevista no art. 2º do EPD – Estatuto da pessoa com deficiência – são citados como duas naturezas distintas. Este é, inclusive, o entendimento defendido por Sassaki (2012), maior referência do Brasil no que se refere à pessoa com deficiência, que estabelece a diferença entre tais termos:

Observem-se os termos “mental” e “intelectual” citados como duas naturezas distintas e não como sinônimos. Em outras palavras, os impedimentos de natureza física geram a deficiência física; os de natureza mental (ou seja, de saúde mental) geram a deficiência psicossocial; os de natureza intelectual, a deficiência intelectual; os de natureza sensorial (visão), a deficiência visual; e os de natureza sensorial (audição), a deficiência auditiva. Subentende-se aqui a existência dos impedimentos de natureza mista gerando a deficiência múltipla. (SASSAKI, 2012, p. 7)

Sassaki (2013) ainda analisa instrumentos normativos nacionais e internacionais pormenorizadamente ao definir as categorias e tipo de deficiência, e coloca em duas classificações muito distintas a deficiência intelectual, que se encontra de acordo com a definição do art. 4º do Decreto 3.298/1999 e a deficiência psicossocial que possui parâmetros bem diferentes, conforme quadros abaixo:

---

8 <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-df/1779151902>, <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-5/1188255018>, <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ri/1845429210> <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-ac/1644265390>

CLASSIFICAÇÃO	FONTE	COMENTÁRIO
<p><b>CATEGORIA:</b> <b>DEFICIÊNCIA PSICOSSOCIAL</b></p> <p><b>TIPOS:</b> A cada tipo de transtorno mental corresponde um tipo de deficiência psicossocial.</p> <p>Transtornos mentais incluem, entre outros: transtornos globais do desenvolvimento (síndrome de Rett, síndrome de Asperger, psicose infantil, transtorno do espectro do autismo etc.), esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar e outros incluídos no DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), da Associação Americana de Psiquiatria, publicada em maio de 2013.</p>	<p>Decreto Legislativo 186, de 09/07/2008 e Decreto 6.949, de 25/08/2009, que, respectivamente, ratificou e promulgou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e o Protocolo Facultativo à CDPD, da ONU.</p> <p>Anexo da Portaria 1.060, de 05/06/2002 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência), que aponta que as "perturbações psiquiátricas" são uma das "principais causas das deficiências".</p> <p>Lei 10.708, de 31/07/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, refere-se ao objetivo de integração ou reintegração destas pessoas na sociedade.</p> <p>Resolução 46/119, 17/12/91. Nova York: ONU, 1991 (Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental).</p> <p>Resolução MEC 4, 2/10/09. Transtornos Globais do Desenvolvimento [Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial].</p> <p>IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial. Saúde mental e direitos humanos: Contribuições para IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.</p> <p>Gerard Quinn, "The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Towards a Unified Field Theory of Disability", 10/10/09.</p>	<p>A deficiência psicossocial consta no Artigo 1 da CDPD como decorrente de "impedimento de natureza mental", sendo a palavra "mental" equivalente ao termo "psiquiátrica" (campo da saúde mental).</p> <p>Em "Princípios para a Proteção das Pessoas com Transtorno Mental e para a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental", da ONU, o termo genérico "pessoas com transtorno mental" inclui também as <u>pessoas com sequelas de transtorno mental</u>, ou seja, pessoas que não mais apresentam dano sério para a própria saúde ou para a segurança de outras pessoas, ou ainda ex-pacientes psiquiátricos. Todas estas pessoas são agora chamadas pessoas com deficiência psicossocial.</p> <p>A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2010, incluiu as pessoas com transtorno mental na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, por força do Artigo 1 da CDPD.</p> <p>Gerard Quinn explica a inclusão de pessoas com deficiência psicossocial na CDPD.</p>

CLASSIFICAÇÃO	FONTE	COMENTÁRIO
<p><b>CATEGORIA:</b> <b>DEFICIÊNCIA INTELECTUAL</b></p> <p><b>TIPOS:</b> Todos os tipos decorrentes do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. comunicação,</li> <li>2. cuidado pessoal,</li> <li>3. habilidades sociais, 4. utilização dos recursos da comunidade,</li> <li>5. saúde e segurança, 6. habilidades acadêmicas,</li> <li>7. lazer, e</li> <li>8. trabalho.</li> </ol> <p>Às oito áreas acima, acrescentamos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. autonomia e</li> <li>10. vida familiar.</li> </ol> <p>Acrescentemos, também, os quatro tipos de apoios à pessoa com deficiência intelectual (intermitente, limitado, extensivo e generalizado), os quais podem ser parciais ou totais.</p> <p>O cruzamento destas 16 variáveis (déficit cognitivo + 10 áreas + 4 tipos de apoio + parcial ou total) resulta em várias dezenas de tipos de deficiência intelectual.</p>	<p>Decreto 5.296, de 02/12/2004 (publicado no Diário Oficial da União de 02/12/2004), art. 5º, §º, I-d.</p> <p>Decreto 3.298, de 20/12/1999 (publicado no Diário Oficial da União de 21/12/1999), art. 4º, IV (artigo alterado pelo art. 70, do Decreto 5.296, de 02/12/2004).</p> <p>Decreto 3.956, de 08/10/2001, que promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, cujo Artigo I diz: "O termo 'deficiência' significa uma restrição física, mental [hoje, intelectual] ou sensorial [visual e auditiva], de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social".</p> <p>Este detalhe conceitual ("causada ou agravada pelo ambiente econômico e social") foi incorporado ao Preâmbulo, letra 'e', e ao Artigo 1 da CDPD.</p> <p>Documentos da AAMR em 1992. Ver comentário ao lado.</p>	<p>A Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR, na sigla em inglês) a partir de 1º/1/07, passou a chamar-se Associação Americana de Deficiências Intelectual e de Desenvolvimento (AAIDD, na sigla em inglês).</p> <p>Em 1992, a então AAMR adotou uma nova conceituação da deficiência intelectual (até então denominada "deficiência mental"), considerando-a não mais como um traço absoluto da pessoa que a tem e sim como um atributo que interage com o seu meio ambiente físico e humano, o qual deve adaptar-se às necessidades especiais dessa pessoa, provendo-lhe o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente de que ela necessita para funcionar em 10 áreas de habilidades adaptativas.</p> <p>Mas, por algum motivo não divulgado, o Decreto 3.298/99 citou oito, excluindo a autonomia e a vida familiar. O Decreto 5.296/04 repetiu essas exclusões.</p>

No entanto, mesmo na eventualidade de não haver distinção no ordenamento jurídico brasileiro entre deficiência intelectual e mental, impor uma limitação temporal para manifestação da deficiência é extremamente discriminatório, considerando que não há este tipo de limitação na configuração dos demais tipos de deficiência previstos no Decreto 3.298/1999 e no Estatuto da Pessoa com Deficiência. Além disso, o artigo 4º, inciso IV do Decreto 3.298/1999 desconsidera totalmente a realidade e o contexto social que mostram, como já

anteriormente demonstrado nesta pesquisa que um diagnóstico de transtorno mental pode demorar meses e até mesmo anos.

Outro aspecto que merece análise é o fato de que o decreto é um ato normativo secundário, que serve à Administração Pública para dar concretude à lei, e, por isso mesmo, não pode se sobrepor à lei formal (no caso, a lei ordinária 13.146/2025 – Estatuto da pessoa com deficiência). O que se percebe é que consoante os casos apresentados a título de exemplo, o supramencionado decreto está sendo utilizado para tolher os direitos das pessoas com sofrimento mental ao impor restrições e requisitos mais restritivos do que a Convenção de Nova York (que possui status de norma constitucional) e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (lei ordinária).

Além da questão hierárquica de tais normas, é importante refletir acerca da vigência do Decreto 3.298/1999, haja vista que a LINDB – Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro – prevê expressamente que lei posterior revoga a anterior quando seja incompatível com ela. Por analogia é possível inferir que se normas no mesmo nível hierárquico são revogadas em caso de incompatibilidade, então um decreto, sendo norma secundária também é revogado quando encontra-se na mesma situação.

Isto porque, tanto a Convenção de Nova York quanto o Estatuto da Pessoa com Deficiência, não definem limitação temporal como condição para aferição da deficiência, bem como distingue deficiência mental e intelectual como duas coisas diferentes, sendo que os critérios legais (impedimento de longo prazo e que em contato com uma ou mais barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva em sociedade) estabelecem a necessidade de uma avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Neste sentido, Cristiano Chaves de Farias (2016) explica que a avaliação biopsicossocial se caracteriza por integrar, de forma interdisciplinar, elementos médicos e aspectos sociais que envolvem a pessoa com deficiência. Para além da análise do modelo puramente médico, o novo parâmetro contempla variáveis contextuais importantes, como nível de escolaridade, inserção profissional, estrutura familiar, entre outras. Trata-se, portanto, de uma abordagem que supera a perspectiva estritamente biológica da deficiência, adotando um paradigma mais abrangente, orientado pela consideração dos determinantes sociais para que se defina a existência ou não da incapacidade.

Deste modo é possível concluir que a caracterização da deficiência ainda que necessite de critérios objetivos, não pode se dar única e exclusivamente por eles, haja vista que devem ser considerados na avaliação por expressa determinação legal critérios subjetivos analisados caso a caso. Para além das lacunas legais, há também um flagrante desrespeito por parte dos

tribunais concernente à forma de avaliação da deficiência, pois, ainda persiste o modelo médico de deficiência mesmo após nove anos da vigência do EPCD.

A avaliação da deficiência, não pode ser pautada por um único estudo de natureza médica, com foco exclusivamente no diagnóstico obtido após a realização de exames clínicos ou laboratoriais. Várias disposições legais ainda se utilizam prioritariamente do diagnóstico médico, e ainda que seja feita a avaliação biopsicossocial prevista na CDPD e o EPD, o critério médico possui um peso maior, além de praticamente definir um rol do que é ou não deficiência, indo na contramão do paradigma atual.

Por outro lado, ainda é perceptível que há dificuldade na aplicação prática do conceito biopsicossocial devido à ausência de um instrumento hábil e comum para a avaliação da deficiência. No entanto, a ausência deste instrumento normativo não pode ser utilizada como pretexto para aplicação de critérios claramente restritivos de direitos dos pacientes com sofrimento mental, como restou demonstrado ser o caso, quando da aplicação apenas do art. 4º do Decreto 3.298/1999 para caracterizar a deficiência mental.

Em que pese a falta do referido instrumento normativo, Paulo Dalgalarrrondo<sup>9</sup> (2019) descreve os sintomas de várias síndromes psiquiátricas em seu livro, que é amplamente utilizado como referência para diagnósticos de sofrimento mental, tais como:

#### Síndromes Depressivas:

A depressão causa considerável impacto na saúde física e mental e na qualidade de vida das pessoas acometidas; ela é, entre todas as doenças (físicas e mentais), uma das principais causas daquilo que a Organização Mundial da Saúde (OMS) chama de “anos vividos com incapacidades” (YLDs, years lived with disability) e “perda de anos em termos de morte prematura e perda de anos de vida produtiva” (DALGALARRONDO, 2019, p. 612).

#### Transtorno Bipolar:

Apesar da possibilidade de períodos de remissão mais ou menos completa, o TB é um transtorno mental grave, com importantes implicações em termos de prejuízo na qualidade de vida, na produtividade e sociabilidade das pessoas acometidas, bem como prejuízo neuropsicológico e risco aumentado de doenças físicas e suicídio ((DALGALARRONDO, 2019, p. 612).

---

<sup>9</sup> Paulo Dalgalarrrondo é psiquiatra e professor de psicopatologia da Unicamp, possui mestrado em saúde mental e doutorado em psiquiatria e antropologia social.

Apesar de não utilizar literalmente as definições dos diplomas legais, haja vista não ser jurista, ao falar sobre várias classificações de transtornos mentais, Paulo Dalgallarrondo (2019) descreve características em vários transtornos mentais que se amoldam à definição do art. 2º do EPCD conforme depreende-se ao afirmar que em casos de depressão há perda de anos em termos de morte prematura, e, quanto ao transtorno bipolar, o autor afirma que se trata de um transtorno mental grave com prejuízo da qualidade de vida e neuropsicológico.

Ainda em relação ao transtorno bipolar, Juliana Vines (2012) traz dados estatísticos preocupantes: a bipolaridade é a doença mental que mais mata por suicídio: cerca de 15% dos doentes se matam, os pacientes têm um risco 28 vezes maior de apresentar comportamento suicida do que o resto da população. Até metade dos doentes tenta se matar, a expectativa de vida de um paciente com transtorno bipolar é de 12 a 13 anos menor se comparado à população em geral e estima-se que após cinco episódios do transtorno perde-se 10% do hipocampo.

Todos esses dados estatísticos demonstram a gravidade do transtorno e os prejuízos decorrentes. No entanto, as decisões administrativas e judiciais, no geral, ainda se utilizam de um modelo exclusivamente médico, bem como de um decreto de 25 anos atrás (Decreto 3.298/1999) que desconsidera as peculiaridades e singularidades de cada pessoa com sofrimento mental e ignora por completo as garantias e proteções positivadas na Convenção de Nova York e no EPCD – Estatuto da Pessoa com Deficiência).

## **7 CONCLUSÃO**

A pesquisa realizada confirma que, apesar dos avanços legislativos proporcionados pela Convenção de Nova York e pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, ainda existem significativas lacunas na aplicação dessas normas, principalmente no que diz respeito à autonomia e à capacidade civil das pessoas com sofrimento mental. O estudo revelou que, embora o arcabouço jurídico brasileiro tenha evoluído para adotar um modelo mais inclusivo e respeitoso aos direitos humanos, a prática judicial e administrativa frequentemente recai sobre um modelo médico ultrapassado, que não leva em conta as particularidades individuais de cada pessoa.

A hipótese inicial, de que as mudanças legislativas na proteção das pessoas com sofrimento mental são insuficientes para garantir sua proteção, foi confirmada, isto porque, embora haja uma evolução legislativa considerável, sua implementação ainda enfrenta obstáculos. De modo geral, ainda se utiliza o Decreto 3.298/1999 para negar às pessoas com

sofrimento mental seu reconhecimento como pessoas com deficiência. Tal decreto foi muito importante quando foi editado e ainda continua sendo, no entanto, as definições das categorias de deficiência estão profundamente defasadas, principalmente porque não diferencia deficiência mental de intelectual.

O trabalho destacou a necessidade de uma alteração legislativa que reconheça a diferença existente entre deficiência mental e intelectual, a superação do uso do modelo médico nas decisões judiciais e administrativas, bem como a utilização do modelo psicossocial de avaliação da deficiência para que seja possível dar concretude aos objetivos da Convenção de Nova York de garantir o exercício pleno dos direitos humanos.

Portanto, é possível concluir que, para uma proteção jurídica integral das pessoas com sofrimento mental é fundamental que o ordenamento jurídico brasileiro reconheça sua vulnerabilidade, as barreiras intrínsecas em relação ao adoecimento mental, mas principalmente as barreiras sociais que limitam sobremaneira o exercício de sua capacidade civil em condição de equidade com a sociedade.

Deste modo, também se faz necessária uma mudança cultural dos operadores de direito, para que reconheçam, em suas decisões, um direito que já está positivado com status de norma constitucional (Convenção de Nova York), ou seja, por ser um tratado internacional que versa sobre direitos humanos, é elevado à categoria de direitos fundamentais tais quais os previstos no art. 5º da Constituição Federal, mas que até hoje possui aplicação bastante deficitária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

BRASIL, **Lei nº 13.146, de 6 de Julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)>. Acesso em: 19 de Jan. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL, **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em: 19 de jan. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de 15 anos do Documento de Caracas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_15\\_anos\\_doc\\_caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_15_anos_doc_caracas.pdf). Acesso em: 7 fev. 2024.

BRUNETTA, Cíntia Menezes. **O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais.** Revista dos Tribunais, São Paulo, v. 94, n. 835, p. 59–72, maio 2005. Disponível em: <https://dspace.almg.gov.br/handle/11037/33814>. Acesso em: 07 de Fev. de 2024.

CARVALHO, Daniel Moreira. **A Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar nas Avaliações Periciais das Pessoas com Deficiência nas Ações De Interdição:** Uma necessidade diante de um novo conceito de deficiência. 2020. 104 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

DALGALARRONDO, Paulo, **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais;** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DESTRO, Carla Roberta Ferreira, FILHO, Vladimir Brega. Saúde Mental e os Direitos da Personalidade: A Reforma Antimanicomial no Brasil. **Revista do Programa de Pós Graduação em Direito da UFBA.** e-ISSN: 2358-4777. Vol. 31, n.2, p.118-137. Jul/Dez-2021.

FARIAS, Cristiano Chaves de; CUNHA, Rogério Sanches; PINTO, Ronaldo Batista. **Estatuto da Pessoa com Deficiência comentado artigo por artigo.** 2ª edição. Salvador: Editora JusPodivm, 2016.

FARIAS, Cristiano Chaves de; NETTO, Felipe Braga, ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil: Volume Único.** 8. ed. Salvador: JusPodivm, 2023.

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

LOBO, Paulo Luiz Neto. **Direito Civil – Volume 1 – Parte Geral / Paulo Luiz Neto Lobo.** – 13. ed. – São Paulo : SaraivaJur, 2024.

ROSENVALD, Nelson. **Direito Civil em Movimento.** 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2016.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Pessoas com deficiência psicossocial.** 2012. Palestra apresentada no Evento: “Autismo: conhecer e agir.”, São Paulo, 2012.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Categorias e tipos de deficiência** (versão ampliada de “Por falar em classificação de deficiências”, Revista Brasileira de Tradução Visual, v. 12, n. 12, 2012).