

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

Referências

- ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo, 1999.
- BELT, V. ; RICHARDSON, R.; WEBSTER, J. Women, social skill and interactive service work in telephone call centres. **New Technology, Work and Employment**, v. 17, n. 1, p. 20-34, 2002.
- BELT, V. A female ghetto? Women's careers in call centres. **Human Resource Management Journal**, v. 12, n. 4, p. 51-66, 2002.
- COSTA, Otavio Jose Lemos. Sertões de Canindé: uma interpretação geossimbólica da paisagem. **Espaço e Cultura (UERJ)**. Rio de Janeiro, v. 26, p. 49-57, 2009.
- FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS TRABALHADORES EM TELECOMUNICAÇÕES (Brasília). **Institucional**. Disponível em: <<http://www.fittel.org.br/>>. Acesso em: 23 mai. 2011.
- FEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS DE TELECOMUNICAÇÃO (São Paulo). **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.fenattel.org.br/site/?go=1>>. Acesso em: 23 mai. 2011.
- HOORNAERT, Eduardo. Catequese e Aldeamento. In: SOUZA, Simone (Org.). **História do Ceará**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha / Stylus Comunicações. 1989, p. 42-60.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**.
- INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ – IPECE. **Perfil Básico Municipal 2011**. Ceará, 2011. 18p.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO; **Relação Anual de Informações Sociais**. [Informações Sociais], 2007
- OLIVEIRA, Silvana de; JACQUES, Maria da Graça Corrêa. Políticas e práticas de Gestão e Saúde: recortes sobre o trabalho de teleatendimento no Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p.63-72, 2006.
- PERES, Claudio Cezar et alli. Uma construção social: o anexo da norma brasileira de ergonomia para o trabalho dos operadores de telemarketing. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p.35-46, 2006.
- SILVA, Maria C. B. da, CUNHA, Marta B., SOUZA, Cláudia C. L. & MITRE, Edson C.. Avaliação de Processamento Auditivo em Operadores de Telemarketing. São Paulo, **Revista CEFAC**, v.8, n.4, p. 536-542, 2006.
- VERAS, Vanessa Sales; FERREIRA, Mário César. “Lidar com gente é muito complicado”: relações socioprofissionais de trabalho e custo humano da atividade em teleatendimento governamental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p.135-148, 2006.

SAÚDE MENTAL E AUTONOMIA: O CONTROLE DO MINISTÉRIO PÚBLICO E DAS CRIPIS DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA⁵

Joyceane Bezerra de Menezes⁶
Vanessa Correia Mendes⁷

Resumo

O novo modelo de tratamento psiquiátrico, pautado na defesa dos direitos humanos e dos direitos de personalidade do paciente, visa à (re)inserção social da pessoa com transtorno mental. Nesse contexto, a autonomia do paciente é elemento fundamental no tratamento, ao tempo que a internação psiquiátrica involuntária é autorizada apenas em caráter extraordinário, após todos os meios de tratamento extra-hospitalar se mostrarem insuficientes. A fim de garantir e defender o direito das pessoas excepcionalmente internadas em instituições psiquiátricas, o controle dessas internações será exercido pelo Ministério Público e pelas Comissões de Internações Psiquiátricas Involuntárias. Por meio de pesquisa documental e bibliográfica de cunho qualitativo, o presente trabalho objetiva analisar o funcionamento e a eficácia desses órgãos no controle das internações psiquiátricas involuntárias ocorridas no município de Fortaleza durante o ano de 2008.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Direitos de Personalidade. Internações psiquiátricas involuntárias. Ministério Público. Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias.

Introdução

O atual aparato de atenção em saúde mental propõe um tratamento humanizado ao paciente psiquiátrico, adotando como princípios básicos a valorização do ser humano,

⁵ Este artigo foi desenvolvido como parte das atividades relacionadas ao Projeto de Pesquisa intitulado “Os limites jurídicos da internação psiquiátrica hospitalar na defesa da saúde e dos direitos de personalidade do paciente”, contemplado pelo Edital PPSUS/FUNCAP/CNPq no.02/2009, sob coordenação da Profª. Joyceane Bezerra de Menezes.

⁶ Doutora em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora adjunto da Universidade de Fortaleza, no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado/Doutorado), responsável pela disciplina *Política Jurídica de Responsabilidade Civil*. Professora titular da Universidade Federal do Ceará. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0894332127324044>. Email: joyceane@unifor.br.

⁷ Mestranda em direito Constitucional nas Relações Privadas pela Universidade de Fortaleza. Analista da Pensar – Revista de Ciências Jurídicas da Unifor. Membro do grupo Direito Constitucional nas Relações Privadas – Direito dos danos e proteção à pessoa. Advogada. Email: vanessac.mendes@hotmail.com

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

pelo reconhecimento de sua dignidade e liberdade. Em decorrência, os objetivos centrais das políticas públicas nesta área são o de promover o bem-estar e a inclusão sociofamiliar do paciente, condições essenciais ao seu desenvolvimento pessoal. Este modelo de atenção resultou da reforma psiquiátrica propugnada nos documentos internacionais em matéria de saúde mental, todos conciliados aos princípios humanistas que a Constituição Brasileira reconhece em suas normas.

O atual sistema de atenção em saúde mental reivindica e oferece as condições necessárias para a (re)inserção do sujeito na vida coletiva e familiar, oferecendo-lhe um tratamento adequado e eficaz. Deste modo, abandona o conceito abstrato de pessoa em superação à ideia de pessoa como um arquétipo ideal, para reconhecer um sujeito humano, concreto, caracterizado por todas as suas vicissitudes, incluindo-se aqui eventual transtorno mental.

As estatísticas brasileiras disponíveis indicam que cerca de 12% da população nacional necessitam de algum tipo de tratamento psiquiátrico, enquanto aproximadamente 3% delas sofrem transtorno mental grave. Note-se que estas estatísticas excluem os talvez numerosos casos que escapam dos registros oficiais. Porém, o diagnóstico de transtorno ou sofrimento psíquico não pode funcionar como um critério adicional que justifique a prática discriminatória e, por conseguinte, excludente.

Os homens são iguais em dignidade, mas cabe ao Estado, à família e à sociedade promover as condições essenciais para que este se desenvolva dignamente, o que somente acontece na convivência social e familiar. O modelo de pessoa eficiente, o *homo economicus* da sociedade capitalista e de consumo em massa, não é o arquétipo que define o sujeito de direitos humanos e fundamentais. TODOS são iguais em dignidade e merecem a diligência do Estado e da sociedade na promoção do seu bem-estar. Importante é promover as condições para que o indivíduo, nos limites de suas condições pessoais, seja capaz de alcançar um desenvolvimento possível. Ainda que o mesmo não venha a atingir o *status* de *homo economicus*, será sempre uma pessoa digna de reconhecimento e tutela.

Ciente das influências limitantes dessas condições pessoais, na reforma psiquiátrica o saber médico, importante, mas restrito quando se trata de situações complexas, passa a compartilhar sua importância com saberes de outras ciências. Ao mesmo tempo, perde primazia ante a autonomia do paciente. Em razão do direito de personalidade, o paciente pode até mesmo ignorar a autoridade da qual o médico se reveste e recusar o tratamento, o qual a ele poderá ser imposto apenas em circunstâncias excepcionais, ou seja, sem o discernimento necessário à emissão da vontade e em franca necessidade de atenção médica.

Tendo em vista essa perspectiva, há um esforço importante em estruturar a rede extra-hospitalar, que prima por instrumentos alternativos à internação, no modo de tratar a pessoa; mas ainda persistem problemas estruturais sem solução. Dentre eles são

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

comuns as queixas formuladas por profissionais que atuam na área de saúde mental, denunciando a desarticulação dos instrumentos da reforma. Adicionalmente, os usuários e familiares têm suas próprias reclamações. A família, chamada a participar ativamente na promoção do tratamento extra-hospitalar, é desprovida do apoio estatal necessário à realização exitosa dessas atividades.

A despeito de tantos problemas identificáveis na área da saúde mental, o objetivo do presente estudo é o de analisar um de seus aspectos: o necessário respeito à vontade do paciente no consentimento do tratamento e o controle das medidas de internação involuntária.

O Ministério Público e as Comissões Revisoras de Internação Psiquiátrica – CRIPI são os órgãos responsáveis em cuidar que as internações psiquiátricas involuntárias não se desviem de sua finalidade, convertendo-se numa prática asilar excludente da pessoa acometida de transtorno mental.

Inicialmente analisam-se os direitos de personalidade e a autonomia do sujeito, considerando-se as medidas protetoras de sua pessoa quando submetido à internação psiquiátrica involuntária. Em seguida, examina-se a natureza desta internação, sua finalidade, delineamentos e a atuação dos mecanismos regulatórios para, finalmente, a título de ilustração, apresentar a articulação do MP e da CRIPI no âmbito do município de Fortaleza, estado do Ceará.

1 A personalidade e o necessário respeito à autonomia do sujeito

A concepção jurídica ocidental da personalidade tem fundamentação ético-filosófica pautada pela influência do personalismo e solidarismo do cristianismo social moderno emergente no pós-guerra; do existencialismo de Sartre que abdica da ideia romana de máscaras e apresenta o homem como pode ser visto e sob a perspectiva humanista do marxismo (PERLINGIERI, 2008, p.461). A pessoa é assim compreendida por meio da conexão solidária e intermitente com os demais, sendo a coexistência pressuposto de sua subsistência e de seu desenvolvimento.

É nesse sentido que a tutela geral da personalidade procura evocar a dimensão axiológica de amparo à pessoa, no sentido de protegê-la em todos os estágios de sua vida que se sucedem sem linearidade. Importa assegurar a igualdade substancial e superar o dogma do individualismo abstrato sem perder de vista a possibilidade da diferença existencial. Desta forma, promovendo a dignidade da pessoa singular, sua autodeterminação, o respeito aos direitos fundamentais. Assim, a tutela ético-jurídica da

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

pessoa tem como foco principal a sua dignidade e autonomia, independentemente até mesmo de sua saúde física e/ou mental⁸.

Todos os segmentos da sociedade vinculam-se ao dever de respeito à dignidade da pessoa humana, sustentáculo dos direitos de personalidade que podem ser aqui representados no amplo direito à autodeterminação. É preciso promover essa autodeterminação, sem a qual, não se terá permitido o livre desenvolvimento, tampouco a dignidade e a liberdade (GARCIA, 2007, p.117). Em outras palavras, o *valor pessoa* (PERLINGIERI, 2008) se torna o valor primeiro a orientar a atuação do Estado e da sociedade, no sentido de favorecer a realização da personalidade. Trata-se de permitir ao homem real, com todas as suas vicissitudes e características próprias, o manejar de sua vida e de suas escolhas.

Mas, como o direito à autodeterminação é deferido a todos, o exercício dessa subjetividade esbarra na imposição de respeito aos dos direitos dos outros. Neste aspecto, a sociedade traz normas sociais de natureza variada, que imprimirão contornos à liberdade do homem a fim de evitar sua colisão com o interesse e a liberdade dos demais. Pelas normas sociais e jurídicas, é possível ainda, nortear as condutas em torno de uma tábua axiológica que a vida coletiva vai burilando ao longo da história, na tarefa contínua de eleger e legitimar os fins que a humanidade persegue e a ideia de homem que alimenta. Por esta via, é possível analisar como o Direito enxerga e disciplina a autodeterminação do sujeito, a sua autonomia em ação.

2 A personalidade jurídica como categoria dogmática e os desdobramentos para a autonomia e capacidade civil

A personalidade jurídica é um atributo de toda pessoa natural. Seria então, a garantia formal da autodeterminação, do livre desenvolvimento. Em curta expressão, Pedro Vasconcelos (2006, p. 47) define a personalidade como “a qualidade de ser pessoa”, sendo esta o “fundamento ontológico do direito”. De nada adiantaria a proteção estatal ao patrimônio - ao “ter”- se não houvesse o amparo ao “ser” - à pessoa individualmente considerada.

A personalidade jurídica seria a legitimação do Direito para o exercício da liberdade de autodeterminação do indivíduo singular. Neste sentido, é importante distinguir o direito ao exercício de personalidade da mera capacidade civil. Em face disso, Tepedino (2004, p.27) observa que a personalidade deve ser encarada ora como capacidade, ou seja,

⁸ Abordando a necessidade de se tutelar a vontade da pessoa quanto às questões relativas à vida, saúde e morte, Dworkin (p.309) afirma que “devemos considerar a autonomia e os interesses fundamentais das pessoas que sofrem de demência grave e permanente e também aquilo que exige o devido respeito para com o valor intrínseco de suas vidas”.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

possibilidade de figurar como titular das relações jurídicas; ora como o “conjunto de atributos inerentes e indispensáveis à condição humana”. Nesse conceito, congregam-se o aspecto formal e o aspecto material da personalidade. A todos os homens se reconhece o aspecto material da personalidade. No entanto, sob a perspectiva formal, considerada apenas como a capacidade civil, a personalidade dos absolutamente incapazes não restaria esvaziada, pois a estes se reconhece a capacidade de gozo. Porém, devido ao fato de não terem plena capacidade para o exercício dos atos da vida civil, deverão ser representados ou assistidos nesta área.

Por conseguinte, as pessoas que sofrem transtornos psíquicos mantêm a sua personalidade que deve, igualmente ser respeitada, mesmo que distanciadas daquele arquétipo do *homo economicus* propalado como partícipe de relações jurídicas, sociais e econômicas no estado liberal-burguês e na sociedade de consumo em massa. São pessoas igualmente titulares de direitos fundamentais e civis fundamentados na dignidade da pessoa humana. Em alguns casos, podem ter comprometida a capacidade civil de exercício, mas não terão prejuízo em sua capacidade de gozo. Tampouco no aspecto material de sua personalidade.

O transtorno mental, por si, não é suficiente para retirar a autonomia da pessoa. No pensamento de Dworkin (2003) é importante compreender a autonomia como o valor derivado da capacidade que protege e permite que cada um seja responsável pela condução de sua própria vida. Para ele, toda teoria pertinente à autonomia tem de estar vinculada à proteção da pessoa. Reitera que a autonomia “estimula e protege a capacidade geral das pessoas de conduzir suas vidas de acordo com uma percepção individual de seu próprio caráter, uma percepção do que é importante para elas” (DWORKIN, 2003, p.319).

É possível, porém, que algumas pessoas não tenham competência para efetuar escolhas de maior complexidade, em razão de seu estado de saúde ou de sua condição fisiopsíquica. Assim, a autonomia não pode ser apreciada em tese, sem a observância dos dados subjetivos do sujeito e das pressões externas às quais está sujeito o paciente. Por este motivo, torna-se necessário abdicar do consenso de que a autonomia da pessoa está condicionada a sua genérica competência *normal* para tomada de decisões e realização de escolhas pertinentes ao destino de sua vida. Afinal, compreendendo-se que os homens não são necessariamente iguais em sua personalidade, qual seria o fiel que qualificaria essa normalidade? Ademais, até mesmo certas pessoas argutas e inteligentes podem sofrer desvarios e cometer atos desarrazoados.

Ainda hoje, entende-se que somente as pessoas adultas maduras têm competência e autonomia para dirigir sua própria vida. No Brasil, por exemplo, estima-se que a pessoa aos dezoito anos alcance essa maturidade, reconhecendo-se a partir de então sua capacidade civil plena. Antes dessa idade, o sujeito pode ser absolutamente ou relativamente incapaz para os atos da vida civil, necessitando a intervenção dos pais ou

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

responsáveis. E, mesmo após os dezoito anos completos, em razão de doença, deficiência ou outro percalço, temporário ou definitivo, é possível que o sujeito passe a uma condição de juridicamente incapaz, seja absoluta ou relativamente. A despeito disso segue-se a teoria geral da capacidade civil.

Registra-se, porém, que em face da tábua axiológica constitucional firmada na dignidade da pessoa, há que se primar pelo princípio geral de presunção da capacidade e autonomia, especialmente do maior de dezoito anos. E ainda há que se considerar que quaisquer restrições a essa autonomia se fundamente na intenção de proteger a pessoa.

Por este matiz, demanda-se uma reengenharia no sistema das incapacidades, tradicionalmente pautado no resguardo de interesses patrimoniais, para sobrelevar a necessária preferência aos valores existenciais. A autonomia é indispensável à realização do sujeito e não se manifesta apenas para fins patrimoniais, mas principalmente no âmbito das relações existenciais. Assim, independentemente de sua condição mental, a pessoa tem direito a participar da vida social (TEIXEIRA, 2009, p.66), mantendo-se, na medida do possível, o respeito à sua volição. Negar a autonomia seria contingenciar sua autodeterminação e, conseqüentemente, descaracterizá-la de sua condição de sujeito social.

O instituto da interdição somente se admite como uma alternativa judicial *ex extremis*, aplicável em situações excepcionalíssimas. E, seguindo essa alternativa, não se deve obstar completamente a capacidade de exercício da pessoa, havendo sempre que se perquirir e lhe resguardar alguma competência. Em caso extremado, a considerar a situação peculiar da pessoa, a medida pode ser uma interdição total, mas em todos os casos sempre passível de revisão e voltadas à sua proteção.

Tocante à saúde mental, poderiam sofrer interdição as pessoas enfermas ou deficientes mentais, os ébrios e toxicômanos. A partir da lei no.4.294/1921, os toxicômanos e intoxicados habituais são equiparados a psicopatas. O plano nacional de enfrentamento ao *crack* e outras drogas, aprovado por meio do Decreto no.7.179, de 20 de maio de 2010, considera o dependente químico como um paciente psiquiátrico.

Numa ação de interdição, cabe ao juiz, identificar, ao longo das fases processuais, os limites da restrição à capacidade, respeitando a competência remanescente do sujeito, de sorte a evitar que a medida passe a representar a sua morte civil. É importante destacar que a identificação do transtorno psíquico não é o fundamento único para a cassação ou mitigação da autonomia.

2.1 Autonomia e saúde mental: a interface entre o direito de personalidade e o tratamento psiquiátrico compulsório

Inobstante, na tentativa de estabelecer certa uniformidade para a elaboração dos diagnósticos e facilitar a comunicação transdisciplinar, propuseram-se o DSMIV

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

(Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana) e o reputado CID-10 (Classificação Internacional de Doenças). Porém, segundo Ceccarelli (2005, p.473) esses catálogos não consideram a “subjetividade” daquele que está sendo “classificado” e daquele que classifica” e, por isso, estão sujeitos a severas críticas.

A orientação proveniente da psicanálise, sobre como lidar com esta questão, é caracterizada pelo respeito à subjetividade. Visa contribuir para que o sujeito transforme o seu sofrimento em experiência, identifique as manifestações de seu *pathos* e passe a refazer seus caminhos e suas escolhas. Na explicação de Ceccarelli (2005, p.476), “o *pathos* manifesta uma subjetividade que é capaz, através da expressão em palavras, de transformar a paixão em experiência, servindo para a existência do próprio sujeito”. O excesso, o sofrimento, a angústia, a paixão representado no *pathos* levam o sujeito a falar, de modo que a escuta terapêutica dessa dor, desse excesso, contribui para a construção da sua experiência, da sua subjetividade. Hoje, porém, os avanços da neurociência, indústria de fármacos e a conseqüente remoção do sofrimento mental, por meio da utilização de substâncias farmacologicamente ativas, têm contribuído para a “biologização” do sofrimento psíquico e desapego à subjetividade (CECCARELLI, 2005).

Quanto à autonomia do paciente, em face do tratamento médico, é de se sustentar que, não sendo o sofrimento psíquico suficiente em si para a desconsideração da capacidade do sujeito, seu consentimento será imprescindível. Não se pode, em qualquer hipótese, impingir um tratamento médico ao paciente que ameace sua autonomia. Importa, é certo, avaliar os limites dessa autonomia e os fundamentos valorativos de uma decisão em contrário.

Em Kant, a autonomia não seria uma simples manifestação da vontade. Quaisquer condutas tendentes à coisificação do homem seriam ilegítimas, ainda que por ele mesmo perpetradas. Aqui, a autonomia não seria coincidente com o respeito absoluto à vontade do paciente. Autônomo seria apenas o indivíduo que pauta sua conduta nas leis impessoais e gerais, sem se lastrear apenas no ímpeto de sua vontade.

Em oposição a Kant, Stuart Mill (2000) funda-se na máxima “promoção da liberdade do indivíduo pela busca do bem-estar, da expansão e de novas experiências”. A liberdade estaria limitada apenas pelo dever de respeitar o direito dos demais⁹. Sob esta perspectiva, o paciente teria todo direito de decidir sobre o seu tratamento. Na hipótese do paciente psiquiátrico, o desrespeito à sua vontade somente se justificaria ante à ameaça real de lesão ao interesse de terceiro.

⁹ A expressão máxima da liberdade em Mill (2000, p.17) pode ser extraída da seguinte afirmativa: “Na parte que diz respeito apenas a si mesmo, sua independência é, de direito, absoluta. Sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano”.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

Seguindo a orientação da chamada *ética do cuidado*, essa autonomia não está firmada apenas na racionalidade e na universalidade. Sugere-se, por isso, uma atenção interdisciplinar à pessoa, voltada para o incentivo a uma decisão refletida e consciente, que considere a influência de todas aquelas condições referidas (WAIDMAN e ELSEN, 2005, 343). O cuidado ético demanda do profissional a abertura necessária ao diálogo com outros saberes e o interesse pelo paciente, demonstrado na escuta, na observação de suas vicissitudes e na oitiva dos familiares. Todavia, não é essa a conduta comumente encontrada na prática cotidiana, pois o poder psiquiátrico ainda persiste atuante e isolado, cabendo apenas ao médico a decisão sobre a internação involuntária. É somente ele quem decide sobre a necessidade da internação e sobre a condição precária ou nula do paciente em manifestar livremente sua vontade.

Diz o Código Civil Brasileiro, no capítulo pertinente aos direitos de personalidade, art.15, que ninguém poderá ser constrangido a realizar um tratamento médico que implique em risco a sua vida. Mas poderá sê-lo, se o tratamento médico não oferecer esse risco?

Pelo Código de Ética Médica, o médico não pode desrespeitar a escolha do direito do paciente ou de seu representante legal sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de risco iminente de morte (art.31). Como o dever do médico é diligenciar para cuidar, para salvar, entende-se que o dispositivo impõe ao médico o dever de impingir o tratamento, à revelia da autorização do paciente e/ou de sua família, apenas quando a falta dessa intervenção implicar em risco de morte.

Considerando, porém, a cláusula geral de tutela da pessoa, o direito geral de liberdade e atinando-se para o princípio da dignidade da pessoa humana é possível sustentar que a pessoa tem o direito de decidir sobre a conveniência de se submeter ao tratamento seja ele qual for, ainda que este não implique em risco de óbito. O médico somente poderia passar por cima desse direito naqueles casos em que o indivíduo estiver desprovido de vontade própria, ou seja, se não manifestar conscientemente os seus desejos.

No âmbito da biomedicina inclui-se o essencial respeito à autonomia da pessoa que precede os princípios da inocuidade e do benefício das decisões médicas. Após ser submetido à assessoria profissional esclarecedora, o paciente tem o direito de decisão, podendo consentir ou recusar certo tratamento. Para evitar discussões ulteriores no plano da responsabilidade civil ou deontológica, o médico poderá exigir sua assinatura ao termo de consentimento livre e informado. Em circunstâncias conflituosas, se entender que deve intervir à revelia da manifestação volitiva do paciente ou de sua família, poderá procurar amparo no Judiciário.

Tratando-se da orientação médica pela internação psiquiátrica, também é de se primar pelo respeito à autonomia. Voltando a Dworkin (2003, p.321), respeitada a competência da pessoa em sofrimento físico ou psíquico, há sim a possibilidade de considerar-se sua vontade quanto a permanecer em casa ou em uma instituição hospitalar.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

Em respeito à dignidade da pessoa e por temor ao retorno a práticas do passado, por meio das quais seres humanos eram encarcerados nos porões da loucura, a internação psiquiátrica tem de ser consentida. Ademais, quando for deflagrada sem o consentimento do paciente, tem de atender o pressuposto assentado na ética do cuidado e se submeter ao controle institucional do Ministério Público e das Comissões Revisoras de Internação Psiquiátrica Involuntária.

3. Internação psiquiátrica involuntária e as instâncias de controle no Estado do Ceará.

Para que se evite a ocorrência de outros exemplos de violência psíquica, física e moral aos pacientes e familiares, a lamentável experiência brasileira com torturas e maus-tratos de pacientes sujeitos à internação psiquiátrica não pode ser esquecida¹⁰.

O Estado do Ceará foi uma das unidades federadas pioneiras em ações antimanicomiais. Em 1991, criou o primeiro CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, situado no município de Iguatu; em 1993, criou mais dois CAPS, um em Canindé e outro em Quixadá, seguidos, em 1995, pelo CAPS de Icó e vários outros. Ainda no início da década de 90, alguns municípios cearenses se dispuseram a tratar da atenção em saúde mental nas suas respectivas leis orgânicas. E, em 1992, implementava-se um projeto inovador denominado “SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico”, cujo objetivo era o de receber e encaminhar denúncias de usuários do sistema de saúde mental, seus familiares, médicos, entre outros. Progressivamente reduziam-se os gastos com internações psiquiátricas e já se esboçavam os movimentos sociais para a criação de núcleos da luta antimanicomial (QUINDERÉ, 2010, p.571).

Seguindo a orientação federal e internacional de implementar a rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental, o Estado do Ceará, por meio da Lei Mário Mamede nº 12151, de 29 de julho de 1993, dispôs formalmente sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a

¹⁰ A exemplo, destaca-se o caso do jovem Damião Ximenes. A vítima, 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 Único de Saúde no Município de Sobral, Estado do Ceará, veio a óbito três dias depois na dependências daquela casa de repouso. O laudo médico relatava como causa da morte, *causas naturais* devido a uma parada cardiorrespiratória. Insatisfeita, a família recorreu às vias judiciais e foi autorizada a exumação para novo exame cadavérico que concluiu por outra *causa mortis*: pancadas na cabeça, provavelmente causada por queda. A evolução para o óbito teria sido a ausência dos cuidados emergenciais.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

internação psiquiátrica compulsória¹¹, dentre outras providências. A lei proibia a construção e/ou financiamento para implementação de novos hospitais psiquiátricos e determinava a estruturação de recursos alternativos de atendimento tais como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares e pensões protegidas. Atribuía às secretarias de saúde estaduais e municipais a incumbência de coordenar a implementação desses serviços, reafirmando a função fiscalizadora e reguladora do Estado. Em paralelo, tratava da necessidade de apoiar os pacientes desinstitucionalizados para que fossem reintegrados na comunidade e instituía mecanismos específicos de controle das internações compulsórias (hoje denominadas de internações involuntárias). Pela dicção da lei, essas internações deveriam ser no prazo de 24 horas informadas ao Ministério Público e à Comissão de Ética médica do próprio estabelecimento que admitia o paciente.

Em contradição com o ímpeto vanguardista da lei Mario Mamede, o episódio nefasto ocorrido em Sobral no final da década de noventa, denunciaria a persistência da prática asilar e manicomial, ressaltando a necessidade de otimização uniforme da rede extra-hospitalar em todo Estado¹². Assim, somada às pressões internacionais decorrentes da condenação pela Corte, houve maior impulso para a implantação de uma rede extra-hospitalar eficaz, estruturando-se, primordialmente, outros Centros de Atenção Psicossocial.

Àquela altura, depois de tramitar durante onze anos no Congresso, em 2001, era publicada a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei no.10.216). A principiologia da reforma congregava as ideias do italiano Franco Basaglia bem como as prescrições de documentos internacionais dos quais o Brasil era signatário. Propunha um tratamento atento à dignidade do paciente, o direito ao tratamento adequado e inclusivo, voltado para permitir a reabilitação do sujeito à vida familiar e comunitária. A partir daí, por força de lei federal, a temática receberia tratamento específico e uniforme em todo o território nacional. Quanto aos Estados, ainda que estivessem, a seu modo e no âmbito de suas circunscrições, disciplinando a questão, tiveram de readequar suas políticas aos termos da nova lei.

Uma vez demarcadas as balizas federais para a efetivação das políticas públicas de atenção em saúde mental, ficou definitivamente estabelecida a natureza *ex extremis* da internação psiquiátrica, preferindo-se o modelo assistencial extra-hospitalar. Os mecanismos alternativos que integravam a rede extra-hospitalar seriam o CAPS (Centro

¹¹ A lei estadual entendia por internação psiquiátrica compulsória o que a Lei no.10.216/2001 denomina de internação psiquiátrica involuntária.

¹² Daquela data em diante, noticia-se que o município de Sobral se empenhou para consolidar uma Rede de Assistência Integral à Saúde Mental, hoje considerada de referência para todo o Brasil (QUINDERÉ, 2010, p.573).

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

de Atenção Psicossocial), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatorios e o Programa de Volta pra Casa, este determinando auxílio financeiro para a manutenção do paciente desinstitucionalizado.

O objetivo central da rede seria o de apagar as reminiscências das antigas práticas excludentes marcadas pela negação da loucura, conforme descreve Foucault (2004) e respeitar a condição humana da pessoa em sofrimento psíquico, garantindo-lhe meios de reinserção à vida social e seus direitos básicos.

A internação seria medida subsidiária¹³, que uma vez deflagrada, teria por finalidade a busca do bem-estar do paciente e a sua ressocialização¹⁴. Deve ser estruturada para promover uma assistência integral e multidisciplinar à pessoa, oferecendo-lhe serviço médico, social, psicológico, ocupacional etc. Na medida em que não conjugar esses serviços multidisciplinares em favor do interno, se configurará como internação asilar e terá proibição legal expressa (art.4º, § 3o). Como medida extrema, subsidiária e ressocializadora não poderá também se perpetuar no tempo¹⁵.

Após definir os contornos finalísticos da internação, a Lei no.10.216/2001 enumera os seus diferentes tipos: a internação psiquiátrica voluntária (IPV), que se dá com o consentimento do paciente; a internação psiquiátrica involuntária (IPI) que se dá a pedido de terceiro, mas sem o consentimento do paciente; e a internação psiquiátrica compulsória (IPC), determinada pelo Estado, por meio do Poder Judiciário, no âmbito de um processo judicial, no qual também é indispensável a opinião do profissional da psiquiatria. Tanto a internação voluntária quanto a internação involuntária exigem a prescrição por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se situa o estabelecimento hospitalar. Além do laudo médico, a adoção da medida há que obedecer outros requisitos específicos que, objetivamente, procuram preservar o respeito à personalidade do paciente e a sua autonomia.

Para a Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI), mais pertinente à análise aqui procedida, a lei prevê a imposição de cuidados adicionais. Contudo, a IPI somente deve

¹³ Nos termos do art.4º, da Lei no.10.216/2001, vê-se patente a determinação desta subsidiariedade. *In verbis* “Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.”.

¹⁴ Lei no.10.216/2001, art.4º., § 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

¹⁵ Àqueles pacientes institucionalizados há muito tempo ou em situação de dependência institucional em vista do quadro clínico ou ausência de apoio na família e/ou comunidade, o Estado oferecerá suporte específico em política pública pelo planejamento da alta e reabilitação psicossocial assistida, assegurando sempre a continuidade do tratamento da forma mais adequada. Se necessário for, o paciente poderá ser encaminhado ao Serviço de Residência Terapêutica.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

ser utilizada na hipótese em que os serviços extra-hospitalares se mostrarem inadequados ao caso e sem por apreciação do médico, o paciente não estiver em condições psíquicas de emitir sua vontade. A lei dispõe que apenas o médico poderá atestar a existência dessas condições, devendo produzir um laudo específico circunstanciado sobre o caso. Em geral, o paciente em crise que for submetido à IPI deve ser conduzido ao estabelecimento hospitalar por meio de um familiar, responsável legal ou autoridade policial (polícia civil ou militar, bombeiro etc).

Importante, porém, é atinar que a IPI não poderá mais ser utilizada como medida de natureza sanitária, com a finalidade apenas de retirar a pessoa da rua ou garantir a paz familiar. Sua finalidade consiste na busca do bem-estar do paciente e de sua reinserção social. Por esta razão, não pode se estender muito no tempo. Além disso, para garantir maior zelo no manejo dessa medida, que implica na constrição da liberdade e autonomia da pessoa, sobre ela recairá duplo controle.

Trata-se do controle desenvolvido pelo Ministério Público e pela Comissão Revisora de Internação Psiquiátrica Involuntária (CRIPI) que devem ser notificados no prazo de até 72 horas seguintes à determinação da internação e da respectiva alta. É a própria Lei no.10.216/2001 que prevê o controle da IPI pelo Ministério Público¹⁶. Como fiscal da lei e por assumir as funções institucionais de defesa dos hipossuficientes e incapazes, o MP poderá se insurgir contra medidas abusivas, podendo, inclusive, requisitar perícias médicas para melhor fundamentar seu juízo e análise.

As CRIPIs, por seu turno, foram previstas na Portaria do Ministério da Saúde nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002 – MS/GM. Visa o exercício do controle da IPI pela própria esfera administrativa do Estado ou Município, nos termos orientados pela decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos. A depender da conveniência e das peculiaridades da região, é possível a instituição de CRIPIS de âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas, no caso de municípios de grande porte (art.10, § 2º. da Portaria 2391/2002). Na hipótese de coexistência de CRIPIS estaduais e municipais, é importante conciliar o regime de suas atribuições para evitar superposições desnecessárias.

Em sua composição, a CRIPI deve envolver profissionais de vários campos do conhecimento, dentre os quais um médico psiquiatra não vinculado ao estabelecimento responsável pela internação, um representante do Ministério Público, representantes da sociedade civil e dos usuários do sistema de saúde mental (art. 10, § 1º). Por meio do controle da CRIPI se permite a diluição do poder psiquiátrico que ainda é suficiente, nos

¹⁶ “Art. 8º, § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.”

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

termos da lei, para determinar a necessidade da internação psiquiátrica involuntária. A partir da análise conjunta e dialogada dos profissionais que compõem esta comissão, será possível analisar melhor a medida e perscrutar sobre a sua adequação e eficiência na busca de sua finalidade precípua que é a de reduzir o sofrimento do paciente e apostar na sua reinserção social.

Entende-se que o controle levado a efeito pela CRIPI é independente daquele que a lei incumbe ao Ministério Público. Há, reafirme-se, duplo controle: um administrativo e o outro capitaneado pelo MP. Embora a legislação não informe o procedimento a ser aplicável no exercício desse mister, entende-se que toda internação notificada deve ser objeto de análise do órgão notificado. A despeito disso, a legislação informa: toda internação e respectiva alta devem ser comunicadas ao MP e às CRIPIS. Assim, cabe à CRIPI e ao MP examinar, caso a caso, todas as notificações que lhes forem encaminhadas.

O fato de a CRIPI envolver, em sua composição, um representante do Ministério Público, não importa na unificação do sistema de controle. Ao contrário, a inclusão do MP naquela comissão é uma forma de ampliar sua representatividade social e não a de dispensar a atuação individual do MP no exercício da atribuição legal.

A despeito da previsão de efetividade da rede de atenção extra-hospitalar, ainda é elevado o número de IPV's e IPI's realizadas no Brasil. Segundo o Diretor da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em Portugal a internação involuntária não atinge 1% (um por cento) do total das internações psiquiátricas realizadas naquela instituição psiquiátrica (SERRA, 2000, p.56). Porém, no Brasil, a situação é bem diferente, pois o número de internações involuntárias é relativamente elevado.

Em 2007, na capital do estado do Ceará, foram notificadas 3.486 (três mil quatrocentos e oitenta e seis) IPIs ao Ministério Público e em 2008 1659 (hum mil seiscentos e cinquenta e nove). Em virtude do desenvolvimento do projeto de pesquisa “Os limites jurídicos da internação psiquiátrica hospitalar na defesa da dignidade e do direito à saúde mental do paciente”, realizado sob a coordenação da subscritora deste artigo, analisam-se os procedimentos de controle do MP e das CRIPIS ante as notificações de IPIs notificadas em 2008.

O universo examinado corresponde às notificações de IPI feitas ao MP e às CRIPIS Estadual e Municipal, no ano de 2008, por cinco dos hospitais autorizados a internar na capital do Estado. Para facilitar a análise dos dados, a pesquisa analisou as notificações registradas nos meses de janeiro, março, maio, julho, setembro e novembro. A escolha dos meses foi feita de modo aleatório. O objetivo é analisar a atuação do MP e das CRIPIS Estadual e Municipal, após o protocolo dessas notificações.

Os trabalhos do Ministério Público nesta seara são desenvolvidos por meio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, situada em prédio próprio e com um

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

contingente específico de pessoal de apoio. De início, pode-se observar que as notificações destinadas ao MP respeitaram o limite temporal para sua emissão, qual seja, setenta e duas horas seguidas à internação e à alta, respectivamente. No âmbito do MP, essas notificações são organizadas cronologicamente e separadas de acordo com o hospital emissor. A equipe que administra tais notificações é liderada por uma psicóloga subordinada ao representante do Ministério Público gestor daquela promotoria. Sendo que esta profissional também compõe a CRIPI estadual, na qualidade de representante do Ministério Público. Em rotina normal, as visitas aos hospitais são realizadas uma vez por semana para apreciação das internações notificadas. Porém, não necessariamente se faz uma visita individual a cada um dos pacientes, visando a análise da adequação do tratamento e eventual abuso.

As CRIPIs municipal e estadual não têm sede própria e apresentam maiores dificuldades logísticas. Além de não haver qualquer norma que regule seu funcionamento, tampouco há espaço físico destinado à realização de suas atribuições. Toda referência documental às CRIPIS, nos âmbitos do Estado ou do Município, diz respeito ao ato normativo de sua composição. E mesmo a composição da equipe integrante em ambos os âmbitos não é realizada com a atenção necessária. Atualmente, a CRIPI estadual está sem médico psiquiatra e a municipal nunca dispôs de um psiquiatra em sua equipe. Na composição destas comissões há funcionários de carreira que exercem o mandato em cumulação com suas funções estatutárias. Quando precisam realizar visitas relacionadas ao acompanhamento das internações, tem de abandonar suas atividades convencionais.

Observa-se que o controle das internações pelas CRIPIs, à semelhança do procedimento adotado pelo MP, é realizado por amostragem. Nem todas as internações notificadas são checadas por meio de visita individual ao interno. Por vezes o exame é meramente documental; outras vezes nem mesmo essa documentação é apreciada. A atuação das CRIPIs é intrincada com a atuação do Ministério Público, não se vislumbrando autonomia entre os procedimentos realizados. Quando realizadas, as visitas são marcadas em conjunto e os documentos resultantes dessas visitas são compilados pelo Ministério Público.

Por meio do exame geral da documentação recolhida e dos questionários aplicados entende-se que o sistema de controle das IPIs em Fortaleza tem funcionado precariamente. Há uma atuação importante do MP, mas não há uma definição estruturada e clara dos papéis das CRIPIs, tampouco dos passos procedimentais desse controle. A atividade de controle por parte das CRIPIs acaba se resumindo a uma assistência aos trabalhos do MP. Arrisca-se afirmar que a existência das CRIPIs tem efeito mais simbólico do que efetivo.

Comparativamente ao sistema de saúde asilar, sabe-se que houve mudança. A simples visita do Ministério Público aos estabelecimentos de saúde já evita maiores estragos. A previsão da CRIPI seria para permitir um maior cuidado à liberdade da pessoa e ainda

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

para avaliar a adequação do tratamento impingido. Constituída por uma equipe interdisciplinar, teria condições de dirigir uma atenção mais detalhada ao caso em exame, observando as vicissitudes de cada paciente e a condução da internação. Na medida em que a CRIPI entende uma dada internação como inadequada e/ou excessiva pode requerer sua revisão ou mesmo opinar pela alta do paciente. Salienta-se o papel importantíssimo que essas instituições devem desempenhar na época atual na qual se egressa dos manicômios em busca de um tratamento mais humanitário. Contudo, é necessário maior atenção do gestor no SUS no sentido de disciplinar normativamente as atribuições e os procedimentos a serem cumpridos pela equipe em seu desempenho da atividade de revisão das internações.

Conclusão

A cláusula geral de proteção à pessoa corresponde ao direito geral de personalidade e se volta à tutela do ser humano desde seu período pré-natal e nas demais fases de seu ciclo vital. Transborda, inclusive, para após a sua morte, na medida em que a certos parentes é garantida a legitimidade de defesa da honra e imagem do morto.

Desde os ideais iluministas e liberais da revolução francesa reafirmam-se que os homens nascem livres e têm os mesmos direitos. Após a finalização das guerras mundiais esses direitos são reiterados na Declaração Universal dos Direitos do Homem: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”. Assim qualquer pessoa, independentemente de suas características e circunstâncias, seria destinatária da liberdade e demais direitos essenciais ao seu desenvolvimento pessoal. Mesmo assim, o cenário do pós-guerra movimentou a discussão internacional acerca dos direitos humanos, no sentido de promover-se especial tutela aos hipossuficientes e vulneráveis. Lavram-se documentos específicos sobre os direitos da criança, da mulher, dos índios e, mais recentemente das pessoas portadoras de transtorno mental.

À medida que se questionavam as práticas asilares nos espaços nacionais, os documentos internacionais eram estruturados, em paralelo, incluindo-se a proposta de humanização do tratamento da pessoa com transtorno psíquico. Impingia-se aos Estados o dever de promover o desenvolvimento desses vulneráveis, apostando em seu bem-estar e na sua inclusão sociofamiliar. No século XX os portadores de transtorno mental são alçados à condição de sujeito de direitos especiais tendo em vista sua vulnerabilidade. Porém, tais direitos apenas reiteram os direitos gerais destinados a todo ser humano.

Nesse contexto, o advento da Reforma Psiquiátrica ratifica a busca por um tratamento inclusivo, que garanta os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

Promove-se o tratamento extra-hospitalar, visando-se incluir essas pessoas na sociedade. Assim, as internações psiquiátricas involuntárias passam a ser coadjuvantes nos tratamentos psiquiátricos, sendo apenas admitidas em caráter excepcional.

O presente trabalho buscou analisar o contexto dessas internações na prática. Mais especificamente, debruçou-se sobre o trabalho exercido pelo Ministério Público e pelas CRIPIs como controladores dessas internações e como defensores dos direitos das pessoas internadas nas instituições psiquiátricas.

Assim, por meio da análise das internações ocorridas durante o ano de 2008, pode-se constatar que a estruturação das CRIPI no Ceará não está bem consolidada e a realização plena de seu objetivo requer melhor articulação. Isto porque há um entrelaçamento entre o controle realizado pelo MP e pela CRIPI causando a impressão de que a atividade reguladora desenvolvida por ambos o é por apenas uma. Comparativamente à prática pré-reforma, já houve um avanço, porém, entende-se que o sistema de controle nos termos em que foi idealizado requer ajustes importantes.

Ademais, o método de amostragem no controle das internações apresenta-se insuficientes na defesa dos direitos dessas pessoas. A entrevista pessoal é fundamental no processo de conhecimento dos fatores que culminaram na internação. Além de que, o contato imediato entre os representantes desses órgãos controladores e os pacientes é primordial para averiguar-se se o tratamento está efetivamente se apresentando eficaz e mesmo para se certificar se os direitos dos pacientes estão sendo garantidos.

Apesar do grande avanço que a Reforma Psiquiátrica, os documentos internacionais, a Constituição Federal e as leis ordinárias trouxeram para o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, a realidade ainda se mostra incompatível com os elementos teóricos. É precário o investimento de políticas públicas em todos os setores que seriam essenciais para a (re)socialização do sujeito. Assim, continuam sendo negligenciadas as famílias, os profissionais das mais diversas áreas, os tratamentos, as instituições psiquiátricas e, principalmente e de forma direta, a pessoa portadora de transtorno mental.

Por fim, conclui-se que a pessoa é sujeito de direitos, especialmente do direito de personalidade e autodeterminação, independentemente de quaisquer vicissitudes. Por isso, não se pode compreender o destinatário de personalidade como um arquétipo ideal construído por um modelo específico de sociedade. As pessoas portadoras de transtornos mentais, tendo em vista a sua vulnerabilidade, devem ser protegidas em todos os aspectos, buscando-se sempre sua reintegração ao convívio social. Desse modo, mostram-se o Ministério Público e a CRIPI fundamentais nesse processo. Por esse motivo, o investimento na estrutura e na formação dos órgãos controladores das internações psiquiátricas é fundamental na concretização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Pesquisa para o SUS Ceará - 3

Referências

- BASÁGLIA, Franco. **A instituição negada**. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.
- BERMAN, Harold J. **Direito e revolução: a formação da tradição jurídica ocidental**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2006.
- CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**. Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Maringá – Paraná, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300015&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 02/11/2011.
- DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**. Aborto, eutanásia e liberdades individuais. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- FOUCAULT, Michel. FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2004
_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GARCIA, Enéas Costa. **Direito geral da personalidade no sistema jurídico brasileiro**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2007.
- KELSEN, Hans. **Teoria pura do direito**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- MILL, John Stuart. **A liberdade; Utilitarismo**. Trad. Eunice Ostrensky. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- MÖLLER, Letícia Ludwig. **Direito à morte com dignidade e autonomia: o direito à morte de pacientes terminais e os princípios da dignidade e autonomia da vontade**. Curitiba: Juruá, 2007.
- PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**. Introdução ao Direito Civil constitucional. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.
- QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias e JORGE, Maria Salette Bessa. (Des)Construção do Modelo Assistencial em Saúde Mental na Composição das Práticas e dos Serviços. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.3, p.569-583, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/09.pdf>. Acesso em 12/11/2011.
- SCHOTSMANS, Paul T. O homem como criador? Desenvolvimento na genética humana e os limites da autodeterminação humana. **Bioética**. Rio de Janeiro: Konrad Adenauer, 2002.
- SERRA, Adriano Vaz. Palavras finais à conferência do procurador-geral da República. *In* **Colóquio A lei de saúde mental e o internamento compulsivo**. Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito de Coimbra. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, p.53-60.
- SOUSA, Rabindranath V. A. Capelo. **O direito geral de personalidade**. Coimbra: Coimbra Editora, 1995.
- SUPIOT, Alain. **Homo juridicus**. Ensaio sobre a função antropológica do Direito. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Deficiência psíquica e curatela: reflexões sob o véis da autonomia privada. **Revista Brasileira de Direito das Famílias e Sucessões**. Dez.Jan, 2009, Ano X, no.7, Porto Alegre: Magister, 2007, P.64-79.
- TEPEDINO, Gustavo. **Temas de direito civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.
- VASCONCELOS, Pedro Pais de. **Direito de personalidade**. Coimbra: Almedina, 2006.