

LOUCURA EM TRÊS ATOS NO DIREITO BRASILEIRO – UM EXAME HISTÓRICO-ANALÍTICO DAS FORMAS DE RECONHECIMENTO JURÍDICO DA PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL A PARTIR DE TRÊS NORMATIVAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

MADNESS IN THREE ACTS IN BRAZILIAN LAW – A HISTORICAL-ANALYTICAL EXAMINATION OF THE FORMS OF LEGAL RECOGNITION OF THE PERSON IN MENTAL SUFFERING BASED ON THREE PSYCHIATRIC REFORM NORMATIVE FRAMEWORKS

LA LOCURA EN TRES ACTOS EN EL DERECHO BRASILEÑO – UN EXAMEN HISTÓRICO-ANALÍTICO DE LAS FORMAS DE RECONOCIMIENTO JURÍDICO DE LA PERSONA EN SUFRIMIENTO MENTAL A PARTIR DE TRES NORMATIVAS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Juvan da Cunha Ferreira¹, Amanda Barbosa da Silva², Maria Vânia Abreu Pontes³, Eduardo Soares Sousa de Albuquerque⁴, Renata de Arruda Câmara Silva⁵, Isadora Cristina Cardoso de Vasconcelos⁶, Gabriel Maçalai⁷, Lígia Camolesi Toniolo⁸, Thaís Badini Rolim de Paula⁹, Paulo Bernardes Honório de Mendonça¹⁰, Flávia Vitória Oliveira Almeida¹¹, Lara Raquel de Lima Leite¹², Adriana Alves de Lima¹³, Victor Hugo da Silva Xisto¹⁴, Lucas Maia Oliveira de Souza¹⁵

¹ Especialista em Direito Público e Direito Educacional., Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, Tocantins, Brasil. E-mail: juvan.cunha@mail.uft.edu.br

² Mestra em Psicologia da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: silvaamandabarbosa@gmail.com

³ Doutora em Psicologia, Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral, Ceará, Brasília. E-mail: vaniapontes@yahoo.br

⁴ Especialista em Neuropsicologia, Neuropsicanálise e Docência do Ensino Superior, Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (FAMEESP), Imperatriz, Maranhão, Brasil. E-mail: edusoaresalbuquerque@gmail.com

⁵ Mestra em Ciências da Educação, Universidade Federal de Sergipe (UFS), Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: renataarrudalibras@gmail.com

⁶ Doutora em Direito, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, Pará, Brasil. E-mail: isa-vasconcelos@live.com

⁷ Doutor em Direito, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: gabriel.macalai@iffarroupilha.edu.br

⁸ Graduanda em Direito, Universidade Católica Unisalesiano Auxilium (UNISALESIANO), Araçatuba, São Paulo, Brasil. E-mail: ligiatoniolo123@hotmail.com

⁹ Mestranda em Direito Público, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC - MINAS), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: thaibrpaula@gmail.com

¹⁰ Mestre em Direito, Universidade Católica de Brasília (UCB), Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: paulobhm@hotmail.com

¹¹ Graduanda em Psicologia, Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAR), Parnaíba, Piauí, Brasil. E-mail: ovitoria936@gmail.com

¹² Especialista em Direito Penal e Criminologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC - RS), João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: laraaraquel@gmail.com

¹³ Bacharel em Direito, Instituto de Ensino e Pesquisa Objetivo (IEPO), Palmas, Estado do Tocantins, Brasil. E-mail: drica.lima7@gmail.com

¹⁴ Mestrando em Estudos Jurídicos - Direito Internacional., MUST University, Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: victorxisto@live.com

¹⁵ Bacharel em Direito, Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: advlucasmaia87@gmail.com

DOI: 10.54899/dcs.v23i86.4409

Recibido: 27/12/2025 | **Aceptado:** 23/01/2026 | **Publicación en línea:** 30/01/2026.

RESUMO

A relação entre loucura, direito e cidadania no Brasil tem sido historicamente marcada por práticas de exclusão, tutela e silenciamento, nas quais a pessoa em sofrimento mental foi, por longos períodos, tratada como objeto de controle social e não como sujeito de direitos. Nesse cenário, a Reforma Psiquiátrica brasileira emerge como um marco político, ético e jurídico que tensiona o paradigma manicomial e inaugura novas formas de reconhecimento da pessoa em sofrimento mental no ordenamento jurídico. Partindo desse contexto, o presente artigo propõe um exame histórico-analítico das transformações nas formas de reconhecimento jurídico da loucura no Brasil, tomando como referência três normativas centrais da Reforma Psiquiátrica, compreendidas analiticamente como “três atos” de um processo inacabado de ruptura e reconstrução institucional. Ressalta-se, contudo, que tais atos não se apresentam como divisões formais ao longo do artigo, mas como eixos analíticos em permanente diálogo, nos quais há idas e vindas interpretativas entre os marcos normativos, evidenciando continuidades, contradições e disputas internas ao próprio direito. A pergunta de partida que orienta a investigação é: de que maneira as normativas centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira reconfiguram – ou tensionam – as formas de reconhecimento jurídico da pessoa em sofrimento mental, e quais continuidades e rupturas podem ser identificadas nesse processo? Teoricamente, fizemos uso dos marcos normativos do Código Penal Brasileiro de 1940, da Reforma Psiquiátrica de 2001 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência de 2015, conjugando com os trabalhos de Basaglia (1982; 2016; 2020; 2024), Becker (1998), Butler (2009), Castel (1985), Cooper (1972; 1974), Foucault (1961; 1978; 1995; 1999; 2000; 2001; 2006; 2008; 2009; 2014; 2020), Goffman (1961; 1982; 1986; 2009; 2017), Karam (1991), Nikolas Rose (1999; 2009), Szasz (1961; 1963; 1970; 1971; 1974; 1994), Velho (1985; 1998), Zaffaroni (1991; 2014), Amarante (1998), Nise da Silveira (1981; 1995; 2001), Agamben (2007), Bueno (2020), Di Vittorio; Colucci (2024), entre outros. A pesquisa é qualitativa (Minayo, 2007), descritiva e bibliográfica (Gil, 2008) e com o viés analítico compreensivo (Weber, 1949). Os achados da pesquisa indicam que o reconhecimento jurídico da pessoa em sofrimento mental no Brasil se configura como um processo histórico não linear, marcado pela coexistência de lógicas excludentes, protetivas e emancipatórias. Evidencia-se que, embora haja rupturas normativas significativas com o paradigma manicomial, persistem continuidades institucionais que reatualizam práticas de tutela, controle e silenciamento. A análise demonstra que as normativas da Reforma Psiquiátrica ampliam o estatuto jurídico da pessoa em sofrimento mental, mas operam sob tensões constantes com o direito penal e civil tradicionais. Conclui-se que a cidadania plena permanece como horizonte em disputa, condicionada à efetivação prática dos princípios de autonomia, dignidade e cuidado em liberdade.

Palavras-chave: Loucura. Reforma Psiquiátrica. Reconhecimento Jurídico. Cidadania.

ABSTRACT

The relationship between madness, law, and citizenship in Brazil has historically been marked by practices of exclusion, tutelage, and silencing, in which the person in mental suffering was, for long periods, treated as an object of social control rather than as a subject of rights. In this context, the Brazilian Psychiatric Reform emerges as a political, ethical, and legal landmark that challenges the manicomial paradigm and inaugurates new forms of legal recognition of the person in mental suffering within the legal system. From this perspective, the present article proposes a

historical-analytical examination of the transformations in the forms of legal recognition of madness in Brazil, taking as reference three central normative frameworks of the Psychiatric Reform, analytically understood as “three acts” of an unfinished process of institutional rupture and reconstruction. It is emphasized, however, that these acts do not appear as formal divisions throughout the article, but rather as analytical axes in constant dialogue, marked by interpretative back-and-forth movements among the normative frameworks, revealing continuities, contradictions, and disputes internal to law itself. The guiding research question is: in what ways do the central normative frameworks of the Brazilian Psychiatric Reform reconfigure – or tension – the forms of legal recognition of the person in mental suffering, and what continuities and ruptures can be identified in this process? Theoretically, the study draws on the normative frameworks of the Brazilian Penal Code of 1940, the Psychiatric Reform Law of 2001, and the Brazilian Law on the Rights of Persons with Disabilities of 2015, articulated with the works of Basaglia (1982; 2016; 2020; 2024), Becker (1998), Butler (2009), Castel (1985), Cooper (1972; 1974), Foucault (1961; 1978; 1995; 1999; 2000; 2001; 2006; 2008; 2009; 2014; 2020), Goffman (1961; 1982; 1986; 2009; 2017), Karam (1991), Nikolas Rose (1999; 2009), Szasz (1961; 1963; 1970; 1971; 1974; 1994), Velho (1985; 1998), Zaffaroni (1991; 2014), Amarante (1998), Nise da Silveira (1981; 1995; 2001), Agamben (2007), Bueno (2020), Di Vittorio and Colucci (2024), among others. The research adopts a qualitative approach (Minayo, 2007), with a descriptive and bibliographic design (Gil, 2008), and a comprehensive analytical perspective (Weber, 1949). The findings indicate that the legal recognition of the person in mental suffering in Brazil constitutes a non-linear historical process, marked by the coexistence of exclusionary, protective, and emancipatory logics. Although significant normative ruptures with the manicomial paradigm are identified, institutional continuities persist that reactualize practices of tutelage, control, and silencing. The analysis demonstrates that the normative frameworks of the Psychiatric Reform expand the legal status of the person in mental suffering, but operate under constant tension with traditional penal and civil law. It is concluded that full citizenship remains a contested horizon, conditioned by the effective implementation of the principles of autonomy, dignity, and care in freedom.

Keywords: Madness. Psychiatric Reform. Legal Recognition. Citizenship.

RESUMEN

La relación entre locura, derecho y ciudadanía en Brasil ha estado históricamente marcada por prácticas de exclusión, tutela y silenciamiento, en las cuales la persona en sufrimiento mental fue, durante largos períodos, tratada como objeto de control social y no como sujeto de derechos. En este escenario, la Reforma Psiquiátrica brasileña emerge como un hito político, ético y jurídico que tensiona el paradigma manicomial e inaugura nuevas formas de reconocimiento jurídico de la persona en sufrimiento mental en el ordenamiento jurídico. A partir de este contexto, el presente artículo propone un examen histórico-analítico de las transformaciones en las formas de reconocimiento jurídico de la locura en Brasil, tomando como referencia tres normativas centrales de la Reforma Psiquiátrica, comprendidas analíticamente como “tres actos” de un proceso inacabado de ruptura y reconstrucción institucional. No obstante, se destaca que dichos actos no se presentan como divisiones formales a lo largo del artículo, sino como ejes analíticos en permanente diálogo, caracterizados por idas y vueltas interpretativas entre los marcos normativos, lo que evidencia continuidades, contradicciones y disputas internas al propio derecho. La pregunta que orienta la investigación es: ¿de qué manera las normativas centrales de la Reforma Psiquiátrica brasileña reconfiguran – o tensionan – las formas de reconocimiento jurídico de la

persona en sufrimiento mental, y qué continuidades y rupturas pueden identificarse en este proceso? Teóricamente, el estudio se apoya en los marcos normativos del Código Penal Brasileño de 1940, la Ley de la Reforma Psiquiátrica de 2001 y el Estatuto de la Persona con Discapacidad de 2015, articulados con los trabajos de Basaglia (1982; 2016; 2020; 2024), Becker (1998), Butler (2009), Castel (1985), Cooper (1972; 1974), Foucault (1961; 1978; 1995; 1999; 2000; 2001; 2006; 2008; 2009; 2014; 2020), Goffman (1961; 1982; 1986; 2009; 2017), Karam (1991), Nikolas Rose (1999; 2009), Szasz (1961; 1963; 1970; 1971; 1974; 1994), Velho (1985; 1998), Zaffaroni (1991; 2014), Amarante (1998), Nise da Silveira (1981; 1995; 2001), Agamben (2007), Bueno (2020), Di Vittorio y Colucci (2024), entre otros. La investigación adopta un enfoque cualitativo (Minayo, 2007), de carácter descriptivo y bibliográfico (Gil, 2008), con un enfoque analítico comprensivo (Weber, 1949). Los hallazgos indican que el reconocimiento jurídico de la persona en sufrimiento mental en Brasil se configura como un proceso histórico no lineal, marcado por la coexistencia de lógicas excluyentes, protectoras y emancipatorias. Se evidencia que, aunque existen rupturas normativas significativas con el paradigma manicomial, persisten continuidades institucionales que reactualizan prácticas de tutela, control y silenciamiento. El análisis demuestra que las normativas de la Reforma Psiquiátrica amplían el estatuto jurídico de la persona en sufrimiento mental, pero operan bajo tensiones constantes con el derecho penal y civil tradicionales. Se concluye que la ciudadanía plena permanece como un horizonte en disputa, condicionado a la efectivización práctica de los principios de autonomía, dignidad y cuidado en libertad.

Palabras clave: Locura. Reforma Psiquiátrica. Reconocimiento Jurídico. Ciudadanía.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO – ENTRE A TUTELA, O RECONHECIMENTO E A CIDADANIA: DIREITO, LOUCURA E AS DISPUTAS NORMATIVAS EM TORNO DO SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL.

Ao longo da história brasileira, a loucura foi sendo construída socialmente como uma experiência incômoda, ameaçadora e desestabilizadora da ordem, o que explica por que, desde cedo, ela passou a ser tratada menos como expressão legítima do sofrimento humano e mais como um problema a ser contido, regulado e afastado do convívio social. Essa construção não ocorre de modo isolado, mas se articula com heranças europeias, especialmente do modelo moderno de racionalidade, que associou diferença psíquica à desrazão, ao perigo e à improdutividade. À medida que o Estado nacional se consolidava, sobretudo entre o final do século XIX e o início do século XX, a loucura foi progressivamente capturada por dispositivos institucionais que operavam sob a lógica da segregação, da tutela e do silenciamiento, produzindo um campo de

intervenção no qual a exclusão aparecia travestida de cuidado. Como se vê na análise histórica de Foucault, “[...] a importância do internamento não reside no fato de ser uma nova forma institucional, mas no de resumir e manifestar uma das duas metades da experiência clássica da loucura” (2014, p. 198), o que revela que o isolamento dos chamados loucos não se orientava prioritariamente por critérios terapêuticos, mas por uma necessidade social de partilha entre razão e desrazão. De forma complementar, ao examinar os efeitos dessa herança no contexto brasileiro, Amarante ressalta que “[...] o projeto de transformação institucional de Basaglia¹⁶ é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais” (1998, p. 91), indicando que a história da loucura no Brasil não pode ser lida apenas como continuidade passiva de modelos estrangeiros, mas também como terreno de disputas, resistências e reinterpretações. Assim, ao contextualizar historicamente a loucura, torna-se possível compreender que o sofrimento mental foi inscrito, desde cedo, em uma lógica de controle social e normalização, cujos efeitos atravessam as políticas públicas, o direito e as formas contemporâneas de reconhecimento e exclusão.

[...] a instituição psiquiátrica não nasce para curar, mas para custodiar. Sua função histórica foi, desde o início, separar da sociedade aqueles indivíduos cuja existência colocava em risco a ordem moral, econômica e simbólica do mundo burguês. O hospital psiquiátrico transforma o doente em objeto, retira-lhe a palavra, rompe seus vínculos sociais e redefine sua identidade a partir de um diagnóstico que passa a explicar toda a sua vida. Nesse processo, o sujeito deixa de existir como cidadão e passa a existir apenas como louco, isto é, como alguém cuja presença deve ser controlada, vigiada e neutralizada (Basaglia, 1985, p. 103-104).

Nesse movimento histórico, vale destacar que a relação entre loucura e Estado não se constitui de maneira neutra ou meramente assistencial, mas se organiza como uma engrenagem central dos mecanismos de controle social modernos. À medida que o poder estatal amplia sua

¹⁶ O projeto de transformação institucional formulado por Franco Basaglia constitui uma ruptura radical com o modelo manicomial clássico, ao deslocar o foco da psiquiatria do controle e da segregação para a afirmação da liberdade, da dignidade e da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico. Longe de propor apenas uma reforma administrativa ou a humanização dos hospitais psiquiátricos, Basaglia defendeu a desmontagem progressiva da própria instituição manicomial, entendida como um dispositivo de violência simbólica e material que produz exclusão, silenciamento e despossessão de direitos. Nesse sentido, a transformação institucional implica questionar os saberes psiquiátricos hegemônicos, as hierarquias profissionais, as práticas tutelares e o papel do Estado na gestão da loucura, substituindo a lógica da periculosidade pela centralidade da pessoa e de sua experiência concreta. O fechamento dos manicômios, a criação de serviços territoriais e a aposta em redes comunitárias de cuidado não aparecem, assim, como fins em si mesmos, mas como parte de um processo político mais amplo de democratização das relações sociais, no qual a loucura deixa de ser tratada como desvio a ser corrigido e passa a ser reconhecida como diferença que interpela a própria organização da sociedade. Ver: BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

capacidade de governar populações, gerir riscos e ordenar comportamentos, a loucura passa a ser enquadrada como um problema político, isto é, como algo que exige regulação, vigilância e intervenção contínua. Não se trata apenas de cuidar, mas de administrar a diferença psíquica em nome da segurança, da ordem pública e da previsibilidade social. Nesse sentido, como aponta Castel ao analisar o nascimento da ordem psiquiátrica, “[...] a noção de periculosidade social associada à doença mental permitiu uma articulação inédita entre classificação médica, tutela jurídica e controle administrativo” (1985, p. 81), revelando que o Estado encontra na psiquiatria um operador estratégico para lidar com sujeitos considerados desviantes ou ameaçadores. De igual maneira, Foucault (2006) explicita que “[...] o asilo, como sistema disciplinar, é igualmente um lugar de formação de certo tipo de discurso de verdade”, mostrando que o poder estatal não apenas reprime, mas produz saberes que legitimam suas práticas (p. 494). Logo, o Estado moderno passa a governar a loucura não apenas por meio da força, mas também pela construção de verdades científicas, diagnósticas e jurídicas que naturalizam a exclusão. Em outras palavras, o controle da loucura se dá tanto pela institucionalização física quanto pela captura simbólica da experiência do sofrimento mental, transformando-a em objeto de gestão. Por isso, não se pode ignorar que a psiquiatria, ao se articular com o aparato estatal, assume uma função que extrapola o campo da saúde, operando como tecnologia de poder que define quem pode circular, decidir, trabalhar e falar em nome de si. Dessa forma, a relação entre loucura, Estado e controle social é fundante para desvendar como práticas aparentemente protetivas sustentam, em seu interior, dispositivos de normalização e exclusão que ainda estruturam o presente.

Neste sentido, à medida que a diferença psíquica passou a ser percebida como algo incompatível com a vida social normatizada, a institucionalização manicomial consolidou-se como a principal resposta histórica do Estado e da sociedade à loucura. Não se tratava apenas de oferecer abrigo ou tratamento, mas, sobretudo, de retirar da cena pública aqueles cuja existência colocava em xeque os ideais de racionalidade, produtividade e autocontrole. O manicômio emerge como espaço ambíguo, isto é, simultaneamente apresentado como lugar de cuidado e operado como dispositivo de exclusão, disciplina e apagamento subjetivo. Como observa Foucault (2014, p. 22), “[...] o internamento não foi de modo algum uma prática médica; o rito de exclusão ao qual ele procede não deságua num espaço de conhecimento positivo”, indicando que a lógica manicomial nasce menos do saber terapêutico e mais da necessidade social de conter a desrazão. De maneira correlata, Basaglia explicita com contundência essa função política do hospital psiquiátrico ao afirmar: “[...] a psiquiatria torna-se um ramo da justiça que pune todo

suspeito de periculosidade, e a instituição hospitalar, o cárcere em que essa periculosidade fica segregada” (2005, p. 273), revelando como o manicômio opera na fronteira entre punição e tratamento. Nesse cenário, a internação prolongada produz efeitos que vão muito além da contenção física, gerando processos de cronificação, perda de vínculos sociais e esvaziamento da identidade, elementos que reforçam o estigma e a dependência institucional. Por isso, não se pode ignorar que a resposta manicomial à loucura não apenas administrou o sofrimento, mas o produziu e o aprofundou, ao transformar sujeitos em objetos de tutela permanente. Dito isso, interpretar a institucionalização manicomial como resposta histórica à diferença psíquica implica reconhecer que ela não foi um desvio pontual, mas uma engrenagem central de um projeto social que preferiu excluir a dialogar, silenciar a escutar e isolar a reconhecer.

Em seguida, é fundamental observar que a exclusão da pessoa em sofrimento mental não se constrói apenas no interior das instituições psiquiátricas, mas se consolida de modo particularmente eficaz quando o saber psiquiátrico passa a dialogar, de forma estrutural, com o campo jurídico. Essa articulação produz um regime de verdade no qual diagnósticos, laudos e categorias clínicas adquirem força normativa, isto é, passam a orientar decisões judiciais, administrativas e penais que afetam diretamente a vida, a liberdade e a cidadania dos sujeitos. Nesse percurso, a psiquiatria deixa de operar apenas como um saber terapêutico e assume o papel de instância autorizada a definir quem é capaz, quem é perigoso e quem deve ser tutelado. Como analisa Foucault, a partir do momento em que o discurso médico se infiltra no direito, “[...] o juiz passa a perguntar menos se o crime foi cometido e mais quem é aquele que o cometeu” (1999, p. 53), deslocando o foco do ato para a personalidade e abrindo espaço para intervenções indefinidas sobre o indivíduo. Szasz (1974) é ainda mais incisivo ao afirmar que “[...] quando a doença mental se transforma em categoria jurídica, ela deixa de ser metáfora clínica e passa a funcionar como instrumento de coerção social” (p. 121), evidenciando como o direito se apropria do discurso psiquiátrico para legitimar práticas de contenção e exclusão. Logo, o encontro entre psiquiatria e direito produz uma “zona híbrida”¹⁷, na qual tratamento e punição se confundem, e onde a

¹⁷ O encontro entre a psiquiatria e o direito produz aquilo que pode ser compreendido como uma zona híbrida, um espaço cinzento no qual categorias terapêuticas e dispositivos jurídicos passam a operar de forma entrelaçada, tornando difusas as fronteiras entre cuidado e punição. Nessa zona, o diagnóstico psiquiátrico deixa de ser apenas uma ferramenta clínica e passa a funcionar como critério jurídico de decisão, autorizando medidas que restringem a liberdade sob o argumento de tratamento. É como se dois trilhos distintos – o da saúde e o da justiça – se cruzassem e formassem um terceiro caminho, no qual o sujeito não é plenamente paciente nem plenamente cidadão, mas alguém cuja vontade é constantemente relativizada. Um exemplo concreto dessa lógica pode ser observado nas medidas de segurança previstas no direito penal: embora apresentadas como alternativas à pena, elas podem resultar em internações por tempo indeterminado, condicionadas a laudos que avaliam a “periculosidade” do indivíduo, fazendo com que o fim da privação de liberdade não dependa de um prazo legal, mas de um juízo médico-administrativo.

suspensão de direitos é frequentemente justificada em nome da proteção, da segurança ou do interesse público. Diante disso, não se pode ignorar que essa aliança histórica contribuiu para naturalizar a exclusão jurídica da pessoa em sofrimento mental, convertendo diagnósticos em sentenças simbólicas e laudos em dispositivos de governo da vida. De forma integrada, elucidar essa articulação é passo decisivo para analisar como o direito, ao invés de apenas reconhecer sujeitos, também participa ativamente da produção de desigualdades e silenciamentos.

[...] a psiquiatria tornou-se, no interior do sistema jurídico, uma instância de produção de verdade sobre os indivíduos. Não se trata apenas de dizer se alguém é doente ou são, mas de estabelecer prognósticos, avaliar riscos e antecipar comportamentos futuros. O laudo psiquiátrico não descreve apenas um estado clínico: ele classifica, hierarquiza e orienta decisões que incidem diretamente sobre a liberdade, a responsabilidade penal e a permanência do sujeito no espaço social. Assim, o saber médico passa a funcionar como tecnologia de poder, legitimando intervenções jurídicas que não se limitam ao ato cometido, mas recaem sobre a própria existência do indivíduo (Castel, 1988, p. 247-248).

Nesse ponto, torna-se imprescindível discutir como a relação entre loucura e direito impacta diretamente a noção de cidadania, uma vez que o reconhecimento jurídico do sujeito em sofrimento mental historicamente oscilou entre a promessa de proteção e a prática reiterada de exclusão. Em termos concretos, a cidadania dessas pessoas foi frequentemente condicionada, suspensa ou mediada por instâncias técnicas que falavam em seu nome, reduzindo sua capacidade de participação política, civil e social. Não apenas direitos políticos e civis foram afetados, mas também direitos cotidianos, como decidir sobre a própria vida, gerir bens, constituir família ou circular livremente nos espaços públicos. Como observa Castel ao analisar os mecanismos de vulnerabilização social, a partir do momento em que certos grupos passam a ser definidos como incapazes de gerir a própria existência, “[...] a proteção social se transforma facilmente em tutela permanente, e a tutela, em exclusão legitimada” (1985, p. 421), revelando a fragilidade do estatuto de cidadania atribuído aos sujeitos considerados desviantes. De igual maneira, ao refletir sobre os efeitos jurídicos da medicalização, Nikolas Rose (1999, p. 233) afirma que “[...] governar em nome da liberdade implica produzir sujeitos responsáveis, mas também identificar aqueles que

Outro exemplo aparece nas internações compulsórias em nome da ordem pública, nas quais o discurso da proteção – seja da própria pessoa, seja da coletividade – legitima a suspensão de direitos civis elementares, como o direito de ir e vir e o direito à autodeterminação. Nesses casos, a linguagem do cuidado encobre práticas de controle, e a promessa terapêutica funciona como justificativa para decisões que, na prática, se aproximam de sanções. Assim, essa zona híbrida pode ser visualizada como um espaço onde o tratamento assume a forma de pena e a punição se apresenta com o rosto da assistência, produzindo uma ambiguidade estrutural que fragiliza garantias jurídicas e normaliza a exceção sob o discurso da proteção.

devem ser governados em seu lugar”, o que ajuda a compreender por que a cidadania das pessoas em sofrimento mental foi historicamente administrada por outros. O direito, ao mesmo tempo em que proclama igualdade formal, constrói dispositivos que autorizam exceções, suspensões e interdições, especialmente quando o sujeito é enquadrado como incapaz ou perigoso. Em razão disso, a cidadania deixa de ser um atributo pleno e passa a operar como condição precária, continuamente avaliada e condicionada por laudos, pareceres e decisões judiciais. A experiência da loucura revela, de maneira exemplar, os limites do modelo liberal de cidadania, expondo como o direito pode funcionar não apenas como campo de reconhecimento, mas também como mecanismo sofisticado de negação de direitos.

Nesse sentido, é fundamental compreender que o direito não opera de maneira unívoca, isto é, como simples instrumento de garantia de direitos, mas como um campo atravessado por tensões internas, no qual reconhecimento e negação caminham lado a lado. Ao mesmo tempo em que institui sujeitos de direito, o ordenamento jurídico produz “categorias de exceção” que autorizam a suspensão parcial ou total desses mesmos direitos, especialmente quando se trata da loucura. Isto é, o direito reconhece a pessoa em sofrimento mental como titular abstrata de direitos, mas, de forma paradoxal, constrói dispositivos que relativizam sua autonomia concreta, sua voz e sua capacidade de decisão. Como analisa Agamben (2007, p. 39), “[...] o estado de exceção apresenta-se como a forma legal daquilo que não pode ter forma legal”, o que ajuda a compreender como determinadas vidas passam a ser governadas por regimes jurídicos especiais, nos quais a norma opera justamente por meio da suspensão. Butler afirma que “[...] as normas jurídicas não apenas reconhecem sujeitos, mas produzem quadros que determinam quais vidas são passíveis de reconhecimento e quais permanecem à margem” (2009, p. 1), evidenciando que o direito participa ativamente da hierarquização das existências. Diante disso, a pessoa em sofrimento mental ocupa um lugar instável no interior do campo jurídico, sendo ora incluída como destinatária de proteção, ora excluída como incapaz de exercer plenamente seus direitos. Logo, não se pode ignorar que essa ambivalência não é acidental, mas estrutural, revelando que o direito funciona como tecnologia de governo que administra diferenças, riscos e vulnerabilidades. Em outras palavras, o direito não apenas espelha concepções sociais de loucura, mas as reforça, as reorganiza e as legitima, produzindo efeitos materiais sobre corpos, trajetórias e possibilidades de vida. Analisar o direito como campo simultâneo de reconhecimento e negação permite desnudar e retirar as vestes de suas contradições internas e compreender por que, mesmo sob discursos protetivos, práticas excludentes continuam a se reproduzir.

Nesse percurso histórico-jurídico, ganha centralidade a forma como o direito construiu a figura da pessoa em sofrimento mental a partir de categorias que oscilam entre a incapacidade, a periculosidade e a tutela, produzindo um sujeito cuja existência jurídica se define mais por aquilo que lhe falta do que por suas potências. A incapacidade, nesse contexto, não aparece apenas como medida excepcional, mas como princípio organizador de práticas jurídicas, administrativas e sociais que autorizam a substituição da vontade do sujeito por decisões tomadas por terceiros. A loucura é juridicamente traduzida como déficit, risco ou ameaça, legitimando intervenções contínuas sobre o corpo, a liberdade e a vida cotidiana dessas pessoas. Como observa Goffman (2009, p. 131), “[...] o estigma não apenas desqualifica socialmente o indivíduo, mas redefine sua identidade de modo totalizante”, o que ajuda a compreender por que a marca da loucura tende a atravessar todas as esferas da vida jurídica do sujeito. De modo ainda mais direto, Szasz afirma: “[...] declarar alguém mentalmente doente é, antes de tudo, um ato moral e jurídico que o coloca sob a autoridade de outros” (1970, p. 64), evidenciando que a incapacidade não é um dado natural, mas uma construção normativa. A partir dessa lógica, o direito passa a operar com categorias que justificam a interdição, a curatela, a internação compulsória e as medidas de segurança, sempre sob o argumento da proteção, mas frequentemente produzindo efeitos de exclusão permanente. Não se pode ignorar que essa construção jurídica da loucura reforça a assimetria de poder entre o sujeito e o Estado, ao mesmo tempo em que fragiliza sua condição de cidadão pleno. A pessoa em sofrimento mental é posicionada em um limiar jurídico, nem completamente excluída, nem plenamente reconhecida, vivendo sob um regime de direitos condicionais, provisórios e constantemente revisáveis. De maneira correlata, a análise dessas categorias jurídicas torna-se fundamental para compreender como o direito participa ativamente da produção de vulnerabilidades e da legitimação de práticas que, sob o discurso da tutela, reiteram formas históricas de silenciamento.

[...] a classificação jurídica do chamado doente mental não se limita a descrever uma condição clínica, mas institui um estatuto social e moral específico. Ao ser considerado incapaz, o indivíduo perde o direito de definir os rumos de sua própria existência, passando a ser governado por decisões alheias, tomadas em nome de sua proteção. Essa incapacidade não decorre de um dado objetivo da natureza, mas de uma escolha normativa que autoriza a suspensão da autonomia e legitima a intervenção permanente do Estado e de seus representantes. Assim, a interdição e a tutela tornam-se mecanismos legais de controle, que convertem a diferença psíquica em justificativa para a exclusão jurídica continuada (Szasz, 1971, p. 102-103).

Nesse movimento analítico, a metáfora dos “três atos” permite compreender a trajetória normativa brasileira no campo da loucura, da deficiência e da cidadania como uma espécie de encenação histórica marcada por rupturas lentas, tensões permanentes e avanços desiguais, em que cada marco legal inaugura um novo regime de visibilidade e de tratamento dos sujeitos. No primeiro ato, inscrito no Código Penal de 1940, consolida-se uma lógica tutelar e penalizante, na qual a loucura aparece associada ao perigo, à inimputabilidade e ao isolamento, como se observa quando a legislação afirma que determinadas condições mentais justificam a suspensão da responsabilidade penal, deslocando o sujeito do campo do direito para o da contenção jurídica e médica (Brasil, 1940, art. 26). Já no segundo ato, com a Lei nº 10.216, a cena se reorganiza de forma mais ambígua e disputada, pois, ao mesmo tempo em que se busca romper com o modelo asilar, reafirma-se a centralidade dos direitos e da reinserção social, como explicita o próprio texto legal ao estabelecer que a pessoa com transtorno mental deve ser “[...] tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde”, priorizando serviços comunitários em detrimento da internação (Lei nº 10.216, 2001, art. 2º). Esse deslocamento não elimina as contradições práticas, mas inaugura uma gramática que passa a reconhecer o sujeito para além da periculosidade, ainda que sob forte mediação institucional. No terceiro ato, por sua vez, a Lei Brasileira de Inclusão amplia radicalmente o horizonte, ao afirmar logo em seu início que a norma se destina a “[...] assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Brasil, 2015, art. 1º), deslocando o eixo da incapacidade para a interação entre impedimentos e barreiras sociais. Essa última normativa, por sua vez, explicita (Brasil, 2015, art. 2º) esse giro conceitual ao definir a deficiência como resultado da relação entre impedimentos de longo prazo e obstáculos impostos pelo meio, o que tensiona diretamente práticas ainda medicalizantes e segregadoras. A leitura em três atos evidencia que não se trata de uma evolução linear ou pacificada, mas de um enredo marcado por sobreposições, resistências e disputas de sentido, no qual normas coexistem com práticas herdadas, revelando que a cidadania plena desses sujeitos permanece como um projeto em construção, constantemente ameaçado por recaídas punitivas, institucionais e simbólicas.

Ainda assim, a incorporação da agenda da Reforma Psiquiátrica no campo jurídico ocorreu de modo fragmentado, ambivalente e, em muitos aspectos, contraditório, revelando um descompasso persistente entre a inovação normativa e as práticas institucionais efetivamente mobilizadas pelo sistema de justiça. Embora o discurso jurídico tenha passado a assimilar noções

como cuidado em liberdade, dignidade e direitos humanos, essas categorias frequentemente convivem com dispositivos legais e interpretações judiciais ancoradas em paradigmas anteriores, marcados pela tutela, pela excepcionalidade e pelo controle. O direito absorve parte da gramática reformista, mas mantém intactos muitos de seus mecanismos tradicionais de “gestão da loucura”, produzindo uma convivência tensa entre reconhecimento formal e exclusão prática. Como observa Amarante (1998), ao analisar o processo brasileiro, a Reforma Psiquiátrica “[...] não se reduz a uma mudança de serviços, mas implica uma transformação profunda nas relações de poder, nos saberes e nas práticas institucionais” (p. 78), o que ajuda a compreender por que sua incorporação jurídica encontra tantas resistências. De igual maneira, Foucault alerta que “[...] o direito tende a incorporar novas racionalidades sem, necessariamente, abandonar as tecnologias disciplinares que lhes deram origem” (2006, p. 307), evidenciando que a mudança normativa não garante, por si só, a ruptura com lógicas históricas de controle. Decisões judiciais, perícias e medidas administrativas continuam, não raramente, a reproduzir concepções de periculosidade e incapacidade, mesmo sob o vocabulário da proteção e da inclusão. Desse modo, o campo jurídico torna-se um espaço híbrido, no qual princípios emancipatórios convivem com práticas restritivas, gerando insegurança, seletividade e desigualdade no reconhecimento de direitos. Essas contradições não significam negar os avanços da Reforma, mas compreender seus limites concretos, sobretudo quando traduzida em normas, sentenças e procedimentos que, muitas vezes, operam aquém de seu potencial transformador.

Dessa forma, este artigo tem como objeto central examinar, sob uma perspectiva histórico-analítica, as transformações nas formas de reconhecimento jurídico da loucura no Brasil, tomando como referência três normativas centrais que, aqui, são compreendidas analiticamente como “três atos” de um processo inacabado de ruptura e reconstrução institucional. O interesse não recai apenas sobre o texto das leis, mas sobre os sentidos históricos, políticos e jurídicos que elas condensam e disputam, isto é, sobre como o direito nomeia, enquadra e governa a pessoa em sofrimento mental ao longo do tempo. Nesse enquadramento, o Ato I corresponde à consolidação da loucura como periculosidade e exceção jurídica no âmbito do Código Penal Brasileiro, no qual o sofrimento mental é associado à inimputabilidade, às medidas de segurança e à suspensão indeterminada de direitos, operando uma lógica de exclusão juridicamente legitimada, como se observa quando Foucault (1999) demonstra que “[...] o direito penal moderno passa a se interessar menos pelo delito e mais pela personalidade perigosa, deslocando o eixo da punição para o controle” (p. 54). O Ato II refere-se ao deslocamento inaugurado pela Lei nº 10.216/2001, que

reconhece a pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos e destinatária prioritária de cuidado em liberdade, afirmando que “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, art. 4º), o que introduz uma inflexão ética e jurídica relevante na forma de tratamento da loucura. Já o Ato III diz respeito ao avanço normativo representado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, que afirma a capacidade jurídica, a autonomia e os mecanismos de apoio à tomada de decisão, ao estabelecer que “[...] a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa” (Brasil, 2015, art. 6º), tensionando diretamente os dispositivos tutelares tradicionais do direito civil e penal. A pergunta que orienta esta investigação pode ser formulada da seguinte maneira: de que modo essas normativas centrais da Reforma Psiquiátrica brasileira reconfiguram, ou tensionam, as formas de reconhecimento jurídico da pessoa em sofrimento mental, e quais continuidades e rupturas emergem desse processo? A análise adota, portanto, uma perspectiva histórico-analítica, interessada em compreender o direito como prática social situada, atravessada por disputas de sentido e por camadas temporais sobrepostas. A metáfora dos “três atos” não organiza o texto como seções rígidas ou estanques¹⁸, mas funciona como eixo interpretativo em diálogo permanente, permitindo evidenciar como diferentes regimes jurídicos de reconhecimento coexistem, se chocam e se reatualizam no interior do próprio ordenamento, revelando que a cidadania da pessoa em sofrimento mental permanece como uma construção histórica aberta, instável e em permanente disputa.

[...] a história da psiquiatria e do direito mostra que não há uma sucessão simples de modelos, nos quais um substitui completamente o outro. Ao contrário, formas antigas de controle, tutela e exclusão tendem a sobreviver no interior de dispositivos que se anunciam como inovadores ou humanitários. A transformação institucional não elimina automaticamente as relações de poder que sustentam a marginalização do louco; ela as desloca, as redefine e, muitas vezes, as reinscreve sob novas linguagens jurídicas e técnicas. Por isso, a passagem do internamento à proteção jurídica não deve ser

¹⁸ A metáfora dos “três atos” não estrutura o texto como seções rígidas, estanques ou hierarquizadas, mas opera como um recurso analítico-narrativo que permite acompanhar o movimento do argumento ao longo da pesquisa sem fragmentá-lo artificialmente. Ao invés de estabelecer perímetros analíticos compartimentados, o artigo assume que os atos I, II e III se interpenetram continuamente, dialogando entre si e se retroalimentando na construção do problema investigado. Desse modo, cada ato não encerra um tema concluído, mas reinscreve questões, conceitos e tensões que atravessam todo o texto, fazendo com que categorias jurídicas, psiquiátricas e políticas apareçam sob diferentes ângulos ao longo da análise. O que se observa, portanto, é uma dinâmica de circulação conceitual: elementos discutidos no primeiro ato reaparecem tensionados no segundo, ao mesmo tempo em que são reatualizados e deslocados no terceiro, produzindo uma leitura em espiral, e não em linha reta. Essa opção metodológica reflete a própria complexidade do objeto, que não se deixa apreender por cortes rígidos, e expressa o compromisso da pesquisa com uma análise integrada, na qual historicidade, normatividade e prática institucional permanecem em diálogo permanente, evitando simplificações e permitindo que o texto avance por articulação, e não por justaposição de partes.

compreendida como ruptura definitiva, mas como campo de tensão permanente entre emancipação e controle (Castel, 1985, p. 281-282).

Desse modo, a relevância social e acadêmica da discussão proposta se evidencia no contexto contemporâneo marcado pela coexistência paradoxal entre avanços normativos e a persistência de práticas excludentes, seletivas e medicalizantes no trato jurídico do sofrimento mental. Em um cenário no qual discursos de direitos humanos e inclusão convivem com internações compulsórias, curatelas amplas e decisões judiciais fortemente ancoradas em laudos periciais, torna-se fundamental interrogar criticamente o papel do direito na produção – e não apenas na correção – dessas desigualdades. Não se trata, portanto, de um debate restrito ao campo jurídico, mas de uma problemática que atravessa políticas públicas, práticas institucionais, saberes técnicos e experiências concretas de vida, afetando diretamente a autonomia, a voz e a cidadania de milhares de pessoas. Como observa Castel ao refletir sobre os novos regimes de gestão da vulnerabilidade, o risco contemporâneo reside no fato de que “[...] sob a linguagem da proteção, constroem-se dispositivos cada vez mais sofisticados de controle social” (1985, p. 21), o que ajuda a compreender por que a expansão formal de direitos não garante, automaticamente, sua efetivação substantiva. Amarante (2007) aponta que a Reforma Psiquiátrica brasileira “[...] coloca em questão não apenas a instituição manicomial, mas o próprio modo como a sociedade define normalidade, perigo e diferença” (p. 67), indicando que o debate ultrapassa o campo da saúde e incide sobre as bases culturais e jurídicas da exclusão. Do ponto de vista acadêmico, o estudo contribui para aprofundar o diálogo interdisciplinar entre direito, saúde mental, sociologia e filosofia política, ao tratar as normativas jurídicas como documentos históricos carregados de sentidos e disputas. Do ponto de vista social, a análise torna visível como decisões legais aparentemente técnicas produzem efeitos profundos sobre trajetórias individuais e coletivas, reforçando ou tensionando hierarquias de valor entre vidas consideradas plenamente dignas de autonomia e aquelas permanentemente submetidas à tutela. Discutir o reconhecimento jurídico da loucura no Brasil não é apenas um exercício teórico, mas um gesto político e ético que busca iluminar os limites do presente e as possibilidades de construção de um direito efetivamente comprometido com a dignidade, a liberdade e a pluralidade das experiências humanas.

METODOLOGIA – ABORDAGEM HISTÓRICO-ANALÍTICA DAS FORMAS DE RECONHECIMENTO JURÍDICO DA LOUCURA NO DIREITO BRASILEIRO.

A pesquisa insere-se no campo qualitativo, entendendo que os fenômenos jurídicos relacionados à loucura, ao sofrimento mental e às formas de reconhecimento normativo não se deixam apreender por métricas lineares ou descrições positivistas. Trata-se, portanto, de uma abordagem voltada à compreensão de sentidos, disputas simbólicas e racionalidades institucionais que atravessam o direito. Nesse horizonte, a pesquisa qualitativa permitiu apreender o direito como produção histórica e social, e não como simples técnica normativa. Conforme assinala Minayo (2007), “[...] a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (p. 21). Do mesmo modo, Flick afirma que “[...] a pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que a realidade social é construída, interpretada e dotada de sentido pelos sujeitos” (2009, p. 23), o que se revela central para a análise das formas jurídicas de nomeação da loucura.

[...] assim, o investimento que faço neste livro diz respeito à pesquisa qualitativa que visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. Sobre a história, o sentido e a pertinência do processo social denominado ‘investigação qualitativa’, devo lembrar que as diferentes teorias que o sustentam abrangem aspectos particulares e relegam outros, revelando o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto e entre a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber (Minayo, 2007, p. 15-16).

Nesse sentido, a investigação caracteriza-se como bibliográfica e documental, com ênfase na leitura sistemática de textos legais e produções teóricas que conformam o campo jurídico-psiquiátrico. Não se trata de um levantamento meramente descritivo das normas, mas de uma análise que busca compreender os sentidos políticos e simbólicos que essas normativas carregam e disputam. Como observa Gil, “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (2008, p. 44). De forma complementar, Prodanov e Freitas destacam que “[...] a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reelaborados segundo os objetivos da pesquisa” (Prodanov; Freitas, 2013, p. 55), o que justifica a centralidade dos textos normativos como corpus analítico.

Além disso, o estudo assume um caráter descritivo-analítico, voltado à sistematização crítica das transformações normativas e das permanências institucionais que marcam o tratamento jurídico da loucura no Brasil. Descrever, aqui, não significa neutralidade, mas explicitação rigorosa dos deslocamentos legais e conceituais ao longo do tempo. Segundo Gil (2008), “[...] as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno” (p. 28). Entretanto, tal descrição é tensionada por uma leitura analítica, pois, como ressaltam Minayo e Deslandes (2002), “[...] descrever é sempre interpretar, uma vez que toda descrição é atravessada por escolhas teóricas e epistemológicas” (p. 18).

Quanto ao corpus empírico-documental, a pesquisa delimitou-se à análise de três marcos normativos centrais: o Código Penal Brasileiro de 1940, a Lei nº 10.216/2001 e o Estatuto da Pessoa com Deficiência de 2015. Esses dispositivos foram selecionados por expressarem diferentes regimes jurídicos de reconhecimento da loucura, articulando, respectivamente, periculosidade, cuidado em liberdade e autonomia. Tal escolha fundamenta-se na compreensão de que normas jurídicas não são apenas comandos legais, mas dispositivos produtores de subjetividades. Nessa direção, Minayo afirma que “[...] os documentos são expressões de práticas sociais e condensam visões de mundo, valores e disputas históricas” (2007, p. 164). Em consonância, Flick (2009) observa que “[...] documentos não refletem simplesmente a realidade, mas a constroem discursivamente” (p. 236).

[...] os documentos devem ser compreendidos como produtos sociais historicamente situados. Eles não são registros neutros da realidade, mas expressam interesses, relações de poder, valores e visões de mundo dos grupos e instituições que os produzem. Ao serem analisados, revelam não apenas informações explícitas, mas também silêncios, ausências, contradições e disputas que atravessam o contexto social em que foram elaborados. Nesse sentido, a análise documental permite compreender tanto o conteúdo manifesto quanto os significados latentes presentes nos textos, possibilitando ao pesquisador apreender processos sociais mais amplos que se inscrevem nas normas, leis, relatórios e demais registros institucionais (Minayo; Deslandes, 2002, p. 90-91).

Do ponto de vista teórico-analítico, a pesquisa articulou contribuições da teoria social crítica, do direito social e criminal, da sociologia do desvio, da filosofia política e da crítica psiquiátrica, mobilizando categorias como periculosidade, tutela, dignidade, autonomia, capacidade jurídica e cidadania. Essa articulação permite compreender o direito como espaço de normalização, mas também de resistência. Conforme destaca Minayo (2007), “[...] as categorias analíticas são construções teóricas que orientam o olhar do pesquisador sobre a realidade” (p. 93). Já Stake ressalta que “[...] a pesquisa qualitativa se ocupa do particular, do contexto e da

complexidade das experiências humanas” (2011, p. 11), o que se revela essencial para analisar a loucura para além de categorias abstratas.

No que se refere à perspectiva metodológica, adotou-se um viés analítico compreensivo, inspirado na tradição weberiana, orientado à interpretação dos sentidos jurídicos e sociais atribuídos à loucura em distintos momentos históricos. Parte-se da premissa de que o direito opera como linguagem, prática e poder. Como afirmam Minayo e Deslandes, “[...] compreender é captar o sentido que os atores atribuem às suas ações e às estruturas nas quais estão inseridos” (2002, p. 21). Em chave convergente, Flick observa que “[...] a compreensão é sempre contextual e relacional, vinculada a processos históricos específicos” (2009, p. 38).

Desse modo, a estratégia analítica da pesquisa organizou-se a partir da metáfora dos “três atos”, utilizada como recurso interpretativo e não como divisão formal do texto. Essa opção metodológica permitiu uma leitura transversal e comparativa das normativas, evidenciando continuidades, sobreposições e contradições internas ao direito. Tal escolha dialoga com a ideia de análise relacional defendida por Minayo, para quem “[...] a realidade social deve ser apreendida em movimento, nas suas mediações e contradições” (2007, p. 108). Do mesmo modo, Stake enfatiza que “[...] compreender um fenômeno exige reconhecer suas múltiplas camadas e interações” (2011, p. 45), o que sustenta a leitura não linear proposta neste estudo.

UM EXAME HISTÓRICO-ANALÍTICO DAS FORMAS DE RECONHECIMENTO JURÍDICO DA PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL A PARTIR DE TRÊS NORMATIVAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Inscrito no processo de consolidação do Estado penal moderno, o Código Penal Brasileiro de 1940 estabelece um marco decisivo na forma como a loucura passa a ser juridicamente reconhecida, enquadrada e administrada, ao deslocá-la para o campo da exceção penal. A partir desse diploma legal, o sofrimento mental deixa de ser apenas uma questão de desvio ou desordem social e passa a ser formalmente integrado ao sistema jurídico como categoria que suspende a imputação penal, mas não a intervenção do Estado. Constrói-se, assim, uma racionalidade paradoxal, na qual o sujeito é declarado incapaz de responder pelo próprio ato, ao mesmo tempo em que é submetido a dispositivos mais duradouros e intensos de controle institucional. Como se lê no próprio texto legal, o Código dispõe que “[...] é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da

omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato” (Brasil, 1940, art. 26), produzindo uma ruptura formal com a lógica da culpabilidade penal clássica. Contudo, essa suspensão da pena não significa liberdade, pois o mesmo ordenamento determina a aplicação de medidas de segurança baseadas na avaliação da periculosidade. A normativa (Brasil, 1940, art. 97) afirma que “[...] se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação”, sem delimitar prazo máximo, convertendo a exceção jurídica em uma forma potencialmente indefinida de privação de liberdade. Dessa forma, o Ato I revela que a loucura não é afastada do direito penal, mas reinserida sob um regime especial de contenção, no qual a proteção se confunde com o controle. A pessoa em sofrimento mental é progressivamente reduzida a objeto de tutela estatal, tendo seus direitos civis e sua autonomia suspensos em nome da segurança e da ordem social. Dito isso, o Código Penal de 1940 inaugura uma arquitetura jurídica que transforma a loucura em exceção permanente, naturalizando a institucionalização e legitimando a exclusão sob o discurso da proteção penal.

[...] as instituições sociais, especialmente aquelas vinculadas ao aparato jurídico e estatal, devem ser analisadas como instâncias produtoras de normas, classificações e hierarquias que regulam comportamentos e definem lugares sociais. Elas não apenas organizam respostas a determinados fenômenos, mas constroem categorias que legitimam intervenções diferenciadas sobre sujeitos considerados desviantes, perigosos ou incapazes. Desse modo, o ordenamento jurídico opera simultaneamente como mecanismo de proteção e de controle, estabelecendo regimes específicos de exceção que suspendem direitos em nome da ordem social e da segurança coletiva (Minayo, 2007, p. 109-110).

Neste sentido, a partir dessa arquitetura penal, a inimputabilidade e a semi-imputabilidade passam a operar como categorias centrais na produção jurídica da loucura, funcionando não apenas como critérios técnicos de responsabilização, mas como mecanismos de classificação moral e social dos sujeitos. O Código Penal de 1940 institui uma distinção formal entre aqueles considerados plenamente responsáveis, aqueles tidos como inteiramente incapazes e aqueles situados em uma zona intermediária, cuja capacidade é considerada diminuída, abrindo espaço para uma gradação de intervenções penais e psiquiátricas. A semi-imputabilidade, assim, emerge como dispositivo particularmente ambíguo, pois reconhece parcialmente a capacidade de entendimento do agente, mas mantém a lógica da periculosidade como fundamento decisório. O próprio texto legal estabelece que “[...] a pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental, não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato” (Brasil, 1940, art. 26, parágrafo único), deslocando o foco da ação cometida para

o estado mental do sujeito. Nesse mesmo movimento, a medida de segurança se consolida como resposta privilegiada para os considerados inimputáveis ou perigosos, substituindo a pena por uma intervenção de duração incerta. Zaffaroni afirma: “[...] a medida de segurança não se funda no fato cometido, mas na periculosidade atribuída ao autor, projetando o direito penal para o futuro” (2014, p. 67), evidenciando que esse instituto rompe com os princípios clássicos da legalidade e da proporcionalidade. O direito penal, dessa forma, deixa de punir o que foi feito e passa a administrar aquilo que o sujeito pode vir a fazer, convertendo o sofrimento mental em justificativa para um controle preventivo e prolongado. É preciso dizer que a inimputabilidade não representa uma forma de proteção ampliada, mas um deslocamento do sujeito para um regime jurídico mais instável e vulnerável. Diante disso, ao invés de assegurar garantias, o sistema penal de 1940 produz uma cidadania penalmente rebaixada, na qual a pessoa em sofrimento mental é mantida sob vigilância contínua, com direitos condicionados e autonomia sistematicamente reduzida.

Nesse ponto, merece atenção o fato de que a noção de periculosidade se converte no verdadeiro eixo estruturante da resposta penal à loucura no Código Penal de 1940, deslocando o centro da decisão jurídica do ato praticado para a avaliação prospectiva do sujeito. Não se trata mais de julgar apenas um comportamento passado, mas de estimar riscos futuros, probabilidades de reincidência e graus de ameaça à ordem social, operação que confere à psiquiatria um papel decisivo no interior do processo penal. Temos, desse modo, a periculosidade funciona como categoria híbrida, simultaneamente jurídica e médica, que autoriza a suspensão de garantias clássicas do direito penal em nome da proteção coletiva. Como observa Foucault (1999), ao analisar a emergência desse tipo de racionalidade, “[...] o indivíduo passa a ser julgado não tanto pelo que fez, mas pelo que ele é, ou pelo que se supõe que ele possa vir a ser” (p. 58), o que ajuda a compreender por que a loucura se torna um marcador privilegiado de risco. Basaglia afirma: “[...] a periculosidade não é um dado científico, mas uma construção social utilizada para justificar a exclusão do diferente” (1985, p. 112), evidenciando que essa categoria opera mais como instrumento de controle do que como conceito clínico neutro. A avaliação da periculosidade legitima a aplicação de medidas de segurança, internações prolongadas e vigilância contínua, frequentemente sem critérios objetivos ou prazos definidos. Por isso, não se pode ignorar que essa lógica projeta o direito penal para o futuro, transformando-o em um dispositivo de gestão preventiva da diferença. Logo, a pessoa em sofrimento mental passa a existir juridicamente como ameaça em potencial, tendo sua liberdade condicionada não por aquilo que fez, mas por aquilo

que representa. A periculosidade consolida a loucura como exceção jurídica permanente, reforçando a redução do sujeito a objeto de tutela, vigilância e contenção, sob o discurso reiterado da proteção social.

A partir dessa lógica fundada na periculosidade, consolida-se um dos aspectos mais gravosos do tratamento penal da loucura no Código de 1940, qual seja, a indeterminação temporal da privação de liberdade imposta por meio das medidas de segurança. Diferentemente da pena, que possui limites temporais previamente fixados, a medida de segurança submete o sujeito a uma duração incerta, condicionada à avaliação contínua de especialistas, o que desloca a decisão sobre a liberdade do campo jurídico para o campo técnico-psiquiátrico. O tempo, assim, deixa de ser parâmetro jurídico objetivo e passa a ser administrado como variável clínica, sujeita a pareceres, laudos e prognósticos que raramente escapam da lógica da suspeição permanente. O próprio Código Penal explicita esse regime ao estabelecer que “[...] a internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade” (Brasil, 1940, art. 97, §1º), institucionalizando uma forma de confinamento sem horizonte temporal definido. Zaffaroni alerta que “[...] a medida de segurança converte-se em uma pena potencialmente perpétua, aplicada não pelo que o sujeito fez, mas pelo que se supõe que ele é” (2014, p. 72), evidenciando como esse instituto rompe com princípios básicos do Estado de Direito. Nessa direção, a indeterminação temporal não aparece como exceção pontual, mas como elemento estrutural da resposta penal à loucura, produzindo um regime de espera indefinida que fragiliza qualquer perspectiva de reintegração social. Em razão disso, o sujeito permanece juridicamente suspenso, sem pena a cumprir, mas também sem prazo para retomar sua liberdade, vivendo sob um estado contínuo de provisoriedade que, na prática, tende a se perpetuar. Dito isso, não se pode ignorar que essa forma de privação de liberdade aprofunda a redução da pessoa em sofrimento mental à condição de objeto de gestão institucional, reforçando a lógica da tutela e do controle em detrimento do reconhecimento de direitos. Logo, a indeterminação temporal transforma a exceção jurídica em regra duradoura, consolidando a loucura como fundamento legítimo para a suspensão prolongada da cidadania.

[...] a noção de periculosidade introduz uma lógica de antecipação indefinida que rompe com a temporalidade clássica da pena. O internamento deixa de responder a um ato cometido e passa a se justificar por um risco suposto, avaliado continuamente por especialistas. Nesse regime, a duração da privação de liberdade não é determinada por uma norma jurídica, mas por um juízo sempre provisório sobre o sujeito. A consequência é a produção de um confinamento sem termo, no qual a liberação depende menos de um direito adquirido do que da cessação de uma suspeita, raramente considerada plenamente extinta (Castel, 1985, p. 269-270).

Nesse cenário, o hospital de custódia emerge como a materialização institucional da lógica penal da exceção aplicada à loucura, funcionando como espaço híbrido em que se confundem tratamento, punição e contenção. Diferentemente do hospital psiquiátrico clássico ou do estabelecimento prisional comum, o hospital de custódia ocupa uma zona liminar do ordenamento jurídico, pois abriga sujeitos que não são considerados plenamente responsáveis por seus atos, mas que tampouco são reconhecidos como titulares de direitos equivalentes aos demais cidadãos. Assim, esse dispositivo institucional consolida a resposta penal à loucura ao transformar a medida de segurança em prática cotidiana de confinamento prolongado, legitimada pela noção de periculosidade. O próprio Código Penal prevê essa forma de execução ao estabelecer que a internação do inimputável deve ocorrer em “[...] hospital de custódia e tratamento psiquiátrico” (Brasil, 1940, art. 96, I), inscrevendo juridicamente a segregação como resposta prioritária ao sofrimento mental associado ao crime. Goffman analisa esse tipo de instituição como espaço no qual “[...] todos os aspectos da vida são conduzidos no mesmo lugar e sob a mesma autoridade, segundo um plano racional único” (1961, p. 17), evidenciando que o hospital de custódia opera como instituição total¹⁹, produtora de mortificação do eu e apagamento da singularidade. Dessa maneira, o discurso terapêutico convive com práticas disciplinadoras que organizam o tempo, o espaço e os corpos, reforçando a submissão do internado a uma rotina rigidamente controlada. Não se pode ignorar que o hospital de custódia não se orienta prioritariamente pela lógica do cuidado, mas pela necessidade jurídica de neutralizar riscos, administrar perigos e afastar da vida social aqueles considerados indesejáveis. Tendo isso em vista, a institucionalização penal da

¹⁹ O conceito de instituição total foi formulado por Erving Goffman para designar organizações sociais nas quais um grande número de indivíduos, em situação semelhante, vive afastado da sociedade mais ampla por um período significativo de tempo, submetido a uma rotina rigidamente administrada por uma autoridade central. Nessas instituições, as esferas da vida cotidiana – trabalho, descanso, alimentação, cuidados corporais e relações sociais – são unificadas em um mesmo espaço físico e reguladas por normas estritas, produzindo a perda gradual da autonomia, da identidade social e da capacidade de autodeterminação dos sujeitos internados. A institucionalização opera, assim, como um processo de mortificação do eu, no qual os indivíduos são progressivamente redefinidos a partir de categorias administrativas e diagnósticas. À luz dessa definição, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico pode ser compreendido como uma instituição total por excelência, uma vez que articula confinamento, vigilância permanente e tratamento compulsório, reunindo em um mesmo espaço as lógicas do sistema penal e do saber psiquiátrico. Nesse arranjo, a pessoa em sofrimento mental submetida à medida de segurança é retirada do convívio social e passa a viver sob um regime fechado, no qual o cotidiano é integralmente controlado pelo Estado, e a permanência institucional depende de avaliações técnicas de periculosidade. Dessa forma, o hospital de custódia não apenas executa uma decisão judicial, mas produz subjetividades marcadas pela tutela, pela perda de direitos e pela naturalização da exclusão, operando como um dispositivo institucional que transforma a exceção jurídica em experiência totalizante de vida. Ver: GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.

loucura se consolida como resposta padrão, reproduzindo estigmas, rompendo vínculos sociais e inviabilizando projetos de vida autônomos. Dito isso, o hospital de custódia torna-se peça central do Ato I, pois traduz, em arquitetura e prática, a conversão da loucura em exceção jurídica permanente, na qual a proteção formal encobre uma profunda suspensão de direitos.

Desse modo, a partir dessa engrenagem jurídico-institucional, a institucionalização deixa de ser uma consequência ocasional da aplicação da medida de segurança e passa a se afirmar como resposta penal estruturante à loucura no interior do sistema jurídico brasileiro. Não se trata apenas de um espaço físico de confinamento, mas de um modo específico de governar sujeitos considerados irreduzíveis à norma penal comum, por meio da estabilização do isolamento como solução jurídica recorrente. A institucionalização opera como técnica de neutralização social, na qual a permanência do sujeito fora do convívio coletivo é apresentada como condição necessária para a preservação da ordem, da segurança e da previsibilidade social. Como observa Castel (1985), ao analisar a lógica de gestão dos considerados perigosos, “[...] a exclusão institucional não visa tanto a curar quanto a administrar populações consideradas problemáticas” (p. 109), o que permite compreender por que a institucionalização se mantém mesmo diante de sua baixa eficácia terapêutica. De igual maneira, Basaglia (2005) afirma: “[...] a instituição não responde à doença, mas à necessidade social de afastar o que ameaça a normalidade” (p. 87), evidenciando que o confinamento funciona como resposta política antes de ser cuidado em saúde. A institucionalização penal da loucura, desse modo, produz efeitos que extrapolam o campo jurídico, ao redefinir a identidade do sujeito a partir de sua permanência prolongada em circuitos fechados de controle. Nessa direção, não se pode ignorar que essa resposta penal reforça processos de cronificação institucional, rompimento de laços sociais e esvaziamento progressivo da autonomia, criando sujeitos cuja existência passa a ser mediada quase exclusivamente pela instituição. A institucionalização consolida-se como prática normalizada, naturalizando a ideia de que certos corpos e trajetórias só podem existir sob vigilância contínua. Logo, no interior do Ato I, a institucionalização não aparece como exceção extrema, mas como tecnologia jurídica ordinária de gestão da loucura, sustentando a produção de uma exclusão durável sob o discurso reiterado da proteção penal.

Nesse arranjo normativo, torna-se fundamental compreender que a resposta penal à loucura não é produzida exclusivamente pelo direito, mas emerge da articulação estreita entre o “saber jurídico” e o “saber psiquiátrico”, que passam a operar de forma mutuamente legitimadora. O direito penal, ao demandar critérios para definir inimizabilidade, periculosidade e cessação

do risco, delega à psiquiatria a função de produzir verdades técnicas sobre o sujeito, enquanto a psiquiatria, por sua vez, encontra no aparato jurídico o respaldo institucional para transformar diagnósticos em decisões com efeitos profundos sobre a liberdade e a vida civil. Estabelece-se, assim, um circuito de validação recíproca no qual laudos, perícias e pareceres clínicos deixam de ser meros instrumentos auxiliares e passam a ocupar lugar central no processo penal. Foucault (1978) já indicava que “[...] a psiquiatria se constitui como saber de Estado no momento em que passa a responder a demandas de ordem pública e jurídica” (p. 293), o que ajuda a explicar sua centralidade nas decisões sobre a loucura criminosa. Rose afirma: “[...] os saberes psi produzem formas de autoridade que permitem governar indivíduos à distância, em nome de sua própria segurança e da segurança coletiva” (1999, p. 145), evidenciando como a intervenção psiquiátrica se integra às tecnologias penais de governo. O sujeito em sofrimento mental passa a ser capturado por uma dupla inscrição, simultaneamente jurídica e clínica, que redefine sua identidade a partir de categorias técnicas aparentemente neutras. Daí decorre que, não se pode ignorar que essa articulação produz um deslocamento silencioso da decisão jurídica para o campo pericial, enfraquecendo garantias processuais e ampliando o poder discricionário de especialistas. A exclusão deixa de ser percebida como ato jurídico excepcional e passa a ser naturalizada como resultado técnico inevitável, legitimada por discursos científicos e normativos entrelaçados. Dito isso, no interior do Ato I, a aliança entre direito penal e psiquiatria constitui um dos pilares centrais da produção da loucura como exceção jurídica permanente, na qual o controle se exerce sob a aparência de neutralidade técnica.

[...] a psiquiatria não intervém no campo penal apenas para esclarecer um diagnóstico clínico, mas para produzir um tipo específico de verdade sobre o indivíduo. Essa verdade não diz respeito simplesmente ao que ele fez, mas ao que ele é, ao que pode vir a fazer e ao grau de perigo que representa. A partir do momento em que o juiz se apoia nessa avaliação, a decisão jurídica passa a depender de um saber que se apresenta como científico e neutro, mas que, na realidade, participa ativamente da gestão dos indivíduos considerados anormais. O exame psiquiátrico torna-se, assim, um operador central do poder penal, pois autoriza intervenções prolongadas, indeterminadas e justificadas em nome da proteção social (Foucault, 1999, p. 25-26).

Desse modo, a partir dessa combinação entre periculosidade, institucionalização e saber pericial, os efeitos sobre a cidadania da pessoa em sofrimento mental tornam-se profundos e duradouros, atingindo não apenas a liberdade física, mas o próprio estatuto jurídico do sujeito. A aplicação das medidas de segurança e a permanência em instituições fechadas operam, na prática, como mecanismos de suspensão de direitos civis, esvaziando a possibilidade de exercício da

autonomia, da participação social e da autodeterminação. A cidadania deixa de ser concebida como condição plena e passa a funcionar como atributo condicional, continuamente avaliado e revogável, a depender de laudos, perícias e decisões judiciais. Como analisa Karam (1991), “[...] o sistema penal produz sujeitos juridicamente diminuídos, cuja existência passa a ser administrada em nome de uma proteção que os exclui da vida social” (p. 54), evidenciando que a suspensão de direitos não é efeito colateral, mas parte do próprio funcionamento do sistema. Zaffaroni afirma: “[...] quando o direito penal abandona o fato e se concentra no autor, a cidadania se fragmenta e a pessoa deixa de ser sujeito para tornar-se objeto de controle” (2011, p. 89), indicando como a centralidade da personalidade perigosa corrói os fundamentos da igualdade jurídica. A pessoa em sofrimento mental passa a ocupar um lugar jurídico instável, marcado por interdições formais e informais que atravessam desde o direito ao voto até a gestão da própria vida cotidiana. Logo, não se pode ignorar que essa suspensão de direitos civis produz um efeito simbólico potente, ao reforçar o estigma da incapacidade e da irresponsabilidade, legitimando práticas de fala em nome do outro. A cidadania, neste contexto, é convertida em “concessão tutelar”, e não em direito inerente, aprofundando processos de exclusão que se perpetuam mesmo fora das instituições. Sob essa perspectiva, no interior do Ato I, a loucura consolida-se como exceção jurídica permanente, não apenas porque autoriza a privação de liberdade, mas porque justifica a corrosão contínua do estatuto de sujeito de direitos.

Nesse horizonte, pode-se afirmar que o Ato I se fecha com a consolidação da loucura como exceção jurídica permanente no interior do ordenamento penal brasileiro, não apenas como resultado de dispositivos isolados, mas como efeito sistêmico de uma racionalidade que articula periculosidade, tutela e exclusão. O Código Penal de 1940, ao suspender a imputabilidade e substituir a pena por medidas de segurança de duração indeterminada, institui um regime no qual o sujeito em sofrimento mental permanece capturado por um direito que nunca se encerra, sempre à espera de uma avaliação futura que raramente se concretiza em liberdade plena. A exceção deixa de ser circunstancial e passa a estruturar a própria forma de reconhecimento jurídico dessas pessoas, que permanecem presas a um estatuto de suspeição contínua. Como observa Agamben (2007, p. 45), “[...] a exceção tende cada vez mais a se apresentar como o paradigma normal de governo”, o que ajuda a compreender por que a loucura, uma vez juridicamente enquadrada como perigosa, dificilmente retorna ao campo da normalidade jurídica. Foucault afirma: “[...] o poder moderno não se contenta em excluir, ele inclui por meio da exclusão, produzindo sujeitos permanentemente governáveis” (1999, p. 62), indicando que a exceção jurídica não elimina o

sujeito, mas o mantém sob controle constante. A loucura penalizada, dessa forma, não é simplesmente afastada do direito, mas reinscrita em um circuito normativo no qual a liberdade aparece sempre como promessa adiada. Logo, não se pode ignorar que essa arquitetura jurídica produz efeitos duradouros sobre trajetórias de vida, expectativas sociais e possibilidades de reintegração, reforçando a ideia de que certos sujeitos jamais recuperam plenamente sua condição de cidadãos. O Ato I revela-se, assim, como momento fundacional de uma gramática jurídica que naturaliza a exclusão sob o vocabulário da proteção, transformando a exceção em regra silenciosa. Ao final desse ato, a loucura se apresenta não como situação transitória, mas como marca jurídica persistente, que acompanha o sujeito mesmo para além da instituição, configurando uma cidadania permanentemente condicionada.

Diante desse percurso, torna-se possível compreender que o Ato I não apenas organiza uma resposta penal à loucura, mas institui um verdadeiro regime jurídico de exceção que se projeta para além do processo penal, atravessando a vida civil, social e política dos sujeitos. O Código Penal de 1940, ao articular inimizabilidade, periculosidade, medida de segurança e institucionalização, constrói uma gramática normativa na qual a loucura é permanentemente associada ao risco, à incapacidade e à necessidade de tutela, convertendo a proteção em justificativa para a supressão prolongada de direitos. O direito penal deixa de operar como instância de responsabilização limitada e passa a funcionar como “tecnologia de governo da diferença”, administrando trajetórias consideradas desviantes por meio da contenção e da vigilância. Como analisa Foucault, “[...] o sistema penal moderno não visa simplesmente punir infrações, mas gerir ilegalidades, perigos e anormalidades” (1999, p. 71), o que ajuda a compreender por que a loucura ocupa lugar central nesse arranjo. De forma convergente, Basaglia (2005, p. 119) afirma que “[...] a exclusão do louco é sempre apresentada como necessária, racional e protetiva, quando na realidade responde a uma lógica de defesa social”, evidenciando que a exceção jurídica se legitima por meio de um discurso moralmente aceitável. Desse modo, o Ato I encerra-se revelando que a loucura, longe de ser um episódio transitório no direito penal, é transformada em condição jurídica durável, que acompanha o sujeito mesmo quando cessam os motivos formais da intervenção. No entanto, não se pode ignorar que essa arquitetura normativa cria obstáculos profundos para qualquer reconhecimento pleno de cidadania, pois fixa a pessoa em sofrimento mental em um lugar de permanente suspeição. O próprio surgimento da Reforma Psiquiátrica e das normativas posteriores pode ser lido como resposta ética, política e jurídica às insuficiências e violências desse modelo, abrindo espaço para a transição ao Ato II, no qual se

anunciam tentativas de deslocamento do paradigma da exceção para o do direito. Assim, o fechamento do Ato I não representa um simples fim de etapa, mas a explicitação de um problema histórico que exige ruptura, revisão e reconstrução normativa.

[...] o direito penal, quando se ocupa da loucura, não o faz para reconhecer um sujeito em sua singularidade, mas para neutralizar um risco considerado intolerável. A figura do louco perigoso permite ao Estado justificar medidas que escapam às garantias comuns, pois são apresentadas como técnicas, necessárias e protetivas. Nesse contexto, a exclusão deixa de ser percebida como violência e passa a ser naturalizada como cuidado, enquanto a privação prolongada da liberdade é legitimada pela ideia de defesa social. A loucura torna-se, assim, um estatuto jurídico especial, marcado pela exceção permanente, no qual a pessoa é mantida sob controle não pelo que fez, mas pelo que representa (Basaglia, 2005, p. 142-143).

Neste sentido, torna-se necessário compreender como a promulgação da Lei nº 10.216/2001 inaugura uma inflexão substantiva na forma de o Estado brasileiro reconhecer juridicamente a loucura, agora não mais como exceção penal, mas como condição humana atravessada por direitos. Agora, a lei afirma, logo em seu núcleo normativo, que “[...] os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental [...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno” (Brasil, 2001, p. 1), o que representa uma ruptura simbólica e jurídica com a lógica da periculosidade que sustentou o Código Penal de 1940. Ao deslocar o eixo da intervenção do controle para a dignidade, a norma passa a reconhecer a pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos e destinatária de políticas públicas orientadas pela cidadania e não pela segregação. Em diálogo crítico com essa mudança, Szasz observa que “[...] quando a sociedade abandona a ideia de que a pessoa diagnosticada é, por natureza, incapaz ou perigosa, abre-se a possibilidade de tratá-la como agente moral e jurídico pleno” (1961, p. 78), o que ajuda a compreender o alcance ético dessa legislação. Não apenas se redefine o lugar institucional da loucura, mas também se tensiona o próprio papel do direito, que passa a operar, ao menos no plano normativo, como campo de reconhecimento e não exclusivamente de exclusão. Desse modo, a Lei 10.216 inscreve a dignidade humana como princípio estruturante do cuidado em saúde mental, ainda que, como se verá adiante, tal reconhecimento conviva com ambiguidades práticas e resistências institucionais herdadas do paradigma manicomial.

Além disso, a Lei nº 10.216/2001 introduz uma redefinição profunda da própria lógica assistencial ao estabelecer que a internação deixa de ser o eixo organizador do cuidado e passa a

figurar como medida excepcional, acionada apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes. Ao afirmar que “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001, p. 2), o texto legal rompe, no plano normativo, com a naturalização do confinamento como resposta automática ao sofrimento psíquico, deslocando o centro da intervenção para o território, a convivência e a vida comunitária. Esse princípio, contudo, não se limita a uma diretriz técnica, pois carrega implicações éticas e jurídicas relevantes, na medida em que afirma que o cuidado deve ocorrer pelos “[...] meios menos invasivos possíveis”, preservando vínculos sociais, afetivos e familiares. Como observa Basaglia, em uma crítica que ajuda a iluminar esse deslocamento, “[...] o problema não é a doença, mas a resposta institucional que transforma o doente em objeto de segregação, retirando-lhe a possibilidade de existir socialmente” (1985, p. 112). Ao articular cuidado em liberdade e inserção comunitária, a lei passa a reconhecer que a dignidade da pessoa em sofrimento mental não é compatível com práticas asilares, mesmo quando justificadas sob o discurso terapêutico. Ainda assim, convém observar que essa normatividade convive com estruturas institucionais historicamente moldadas pelo isolamento, o que produz uma tensão permanente entre o modelo legalmente afirmado e as práticas efetivamente realizadas nos serviços. Dessa forma, a excepcionalidade da internação, embora clara no texto legal, revela-se um campo de disputa contínua entre o paradigma da liberdade e os resquícios do controle manicomial, exigindo leitura crítica e vigilância permanente sobre sua aplicação concreta.

De forma complementar, a Lei nº 10.216/2001 aprofunda esse deslocamento paradigmático ao afirmar explicitamente que o cuidado em saúde mental deve estar orientado para a reinserção social, deslocando o foco do tratamento do espaço fechado para a vida concreta, cotidiana e relacional da pessoa em sofrimento mental. Ao estabelecer que o tratamento deve visar, como finalidade permanente, a reinserção do paciente em seu meio, o texto legal consagra juridicamente a convivência familiar, comunitária e social como dimensão indissociável do cuidado, rompendo com a lógica de isolamento terapêutico que marcou o modelo manicomial. Não se trata apenas de reduzir internações, mas de redefinir o próprio sentido do tratamento, que passa a ser concebido como processo de construção de vínculos, circulação no território e reconhecimento da pessoa como sujeito de relações. Como afirma a própria Lei, “[...] o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Brasil, 2001, p. 2), deslocando o eixo da intervenção para a vida em liberdade e para o pertencimento social. Em diálogo crítico com esse princípio, Amarante sustenta que “[...] a

reforma psiquiátrica não é apenas uma mudança de serviços, mas uma transformação profunda nas relações entre sociedade, loucura e cidadania” (1998, p. 87), evidenciando que o cuidado em liberdade implica uma reconfiguração ética e política das práticas institucionais. A centralidade dos serviços territoriais – como CAPS, residências terapêuticas e dispositivos de atenção psicossocial – emerge como alternativa concreta ao hospital psiquiátrico, não apenas por sua localização física, mas por sua lógica de funcionamento aberta à comunidade. Ainda assim, é fundamental observar que esse redirecionamento convive com tensões significativas, pois a garantia formal do direito à convivência não elimina, por si só, práticas excludentes, estigmas persistentes e resistências institucionais. o Ato II revela-se como um campo de transição marcado por avanços normativos expressivos, mas também por disputas cotidianas em torno do significado prático do cuidado em liberdade, que exige, simultaneamente, políticas públicas consistentes, mudança cultural e compromisso institucional contínuo.

[...] o cuidado em saúde mental só pode ser compreendido como tal quando se inscreve no espaço da vida cotidiana, das relações sociais e do território onde o sujeito constrói sua existência. Não há tratamento possível fora da cidade, fora dos vínculos, fora do reconhecimento do outro como cidadão. A instituição fechada, ao separar o indivíduo de seu mundo, produz mais sofrimento do que aquele que pretende curar. Substituir o hospital psiquiátrico não significa apenas criar novos serviços, mas redefinir radicalmente o sentido do cuidado, que passa a ser inseparável da liberdade, da convivência e da participação social (Amarante, 1998, p. 102-103).

Além disso, o reconhecimento da pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos ganha densidade normativa na Lei nº 10.216/2001 ao afirmar garantias que ultrapassam o acesso ao tratamento e alcançam a esfera da autonomia, da informação e da participação nas decisões sobre a própria vida. A lei estabelece que a pessoa deve ser tratada “[...] com humanidade e respeito”, assegurando-lhe proteção contra qualquer forma de abuso e exploração, bem como o direito de receber informações claras sobre seu diagnóstico, tratamento e alternativas disponíveis, deslocando o cuidado de uma lógica paternalista para uma perspectiva de corresponsabilidade. Nesse sentido, a dignidade humana deixa de ser apenas um princípio abstrato e passa a operar como critério jurídico concreto de avaliação das práticas institucionais, exigindo que o cuidado seja compatível com a preservação da liberdade e da singularidade do sujeito. Como se lê no texto legal, “[...] são direitos da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Brasil, 2001, p. 1), o que reafirma a centralidade da vida social como horizonte do cuidado. Em diálogo com esse deslocamento,

Amarante (2007, p. 64) afirma: “[...] reconhecer o louco como sujeito de direitos significa romper com a tradição que o reduz a objeto de tutela, intervenção e silenciamento”, evidenciando que a reforma psiquiátrica implica uma reconfiguração profunda das relações de poder no campo da saúde mental. Desse modo, a lei tensiona práticas historicamente naturalizadas, ao exigir que o tratamento seja orientado pelo menor grau possível de restrição e pela valorização da autonomia, ainda que esta seja exercida de forma apoiada. Contudo, é fundamental observar que a incorporação jurídica desses direitos não elimina automaticamente as assimetrias institucionais, pois sua efetivação depende de mudanças nos modos de gestão, na formação profissional e na cultura organizacional dos serviços. O Ato II, assim, revela-se como um processo em construção, no qual o reconhecimento formal da dignidade e da autonomia convive com desafios concretos para sua tradução em práticas cotidianas, mantendo aberto o campo de disputas entre a promessa normativa dos direitos e as condições reais de sua realização.

De igual maneira, essa lei introduz uma reconfiguração relevante ao redirecionar explicitamente o modelo assistencial, afirmando a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por uma rede de serviços territoriais, comunitários e de base psicossocial. Esse redirecionamento não se limita a uma alteração administrativa, mas expressa uma mudança profunda na racionalidade jurídica e política que sustenta o cuidado em saúde mental, pois desloca o eixo da “intervenção do espaço fechado” para o “território vivido”, onde se constroem vínculos, pertencimentos e projetos de vida. Ao estabelecer que a pessoa em sofrimento mental deve ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, a lei rompe com a centralidade histórica do hospital psiquiátrico como destino quase automático do sofrimento psíquico, afirmando que o cuidado deve ocorrer no espaço social e não à margem dele. Como se lê no próprio texto normativo, “[...] a pessoa portadora de transtorno mental será tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Brasil, 2001, art. 2º, IX), o que consolida juridicamente a aposta na territorialização do cuidado. Em diálogo com essa diretriz, Rotelli afirma: “[...] a verdadeira alternativa ao manicômio não é um novo tipo de hospital, mas a construção de serviços abertos, capazes de sustentar a vida no território” (2001, p. 53), evidenciando que a substituição institucional envolve uma transformação do próprio sentido de assistência. Dito isso, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência e dispositivos intersetoriais passam a ocupar lugar estratégico, não apenas como serviços de saúde, mas como espaços de produção de cidadania e reconhecimento social. Contudo, é importante destacar que esse redirecionamento convive com desigualdades regionais, insuficiência de financiamento e

resistências institucionais, o que faz com que, em muitos contextos, o hospital psiquiátrico continue a operar como recurso central, apesar da diretriz legal em sentido contrário. O Ato II, desse modo, revela-se marcado por um movimento ambivalente, no qual a substituição do modelo asilar é juridicamente afirmada, mas sua efetivação permanece atravessada por disputas, limitações estruturais e heranças persistentes do paradigma manicomial.

De forma complementar, o Ato II pode ser compreendido como um deslocamento profundo na gramática jurídica que até então organizava a relação entre loucura, Estado e sociedade, pois a Lei nº 10.216/2001 inaugura um marco normativo que rompe, ao menos no plano formal, com a lógica da exclusão manicomial e da tutela absoluta, reposicionando a pessoa em sofrimento mental no centro da política pública como sujeito de direitos. Nesse sentido, a lei afirma, logo em seu texto inaugural, que “[...] os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental [...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação”, deslocando o eixo da periculosidade para o da dignidade humana e da igualdade jurídica, como estabelece a própria Lei 10.216 (2001) ao reconhecer a universalidade desses direitos (p. 1). Além disso, ao elencar direitos como o acesso ao melhor tratamento disponível, o respeito à humanidade do sujeito e a prioridade da inserção familiar e comunitária, o diploma legal explicita uma inflexão ética relevante, pois não apenas redefine o cuidado, mas também “redefine o lugar social da loucura”, agora compreendida como experiência humana que demanda proteção e não segregação. Nessa mesma direção, “[...] ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” torna-se um princípio estruturante do novo modelo assistencial, conforme afirma a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001, p. 1), sinalizando que o hospital psiquiátrico deixa de ser o eixo organizador do cuidado para dar lugar a dispositivos territoriais e comunitários. Não apenas se redesenha a política de saúde mental, mas também se tensiona o imaginário jurídico herdado do Código Penal, pois a centralidade do cuidado em liberdade desafia práticas institucionais que, historicamente, confundiram proteção com confinamento. Ainda que essa ruptura não se efetive de maneira linear, é possível afirmar que o Ato II introduz uma nova racionalidade jurídica, na qual o reconhecimento da pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos passa a coexistir, de forma tensa e contraditória, com dispositivos penais e civis ainda marcados pela tutela, pela exceção e pela desconfiança.

[...] a Reforma Psiquiátrica introduz uma ruptura fundamental ao afirmar que a pessoa em sofrimento mental não deve ser objeto de tutela ou segregação, mas sujeito de direitos no interior da vida social. Isso significa reconhecer que o cuidado não pode ser exercido à margem da cidadania, nem contra a vontade do sujeito, mas deve ser

construído em diálogo com sua história, seus vínculos e seu território. A lógica manicomial, ao retirar o indivíduo da sociedade, produziu não apenas exclusão, mas a negação de sua condição humana. Superar essa lógica implica recolocar a loucura no campo dos direitos, da convivência e da responsabilidade coletiva (Amarante, 1998, p. 74-75).

Por outro lado, ao aprofundar a análise do Ato II, torna-se fundamental observar que a Lei nº 10.216/2001 não apenas redefine o cuidado em saúde mental, mas também reorganiza o próprio papel do Estado diante da diferença psíquica, deslocando-o de uma posição eminentemente repressiva para uma função, ao menos normativamente, garantidora de direitos. Nesse movimento, a internação psiquiátrica passa a ser concebida como medida excepcional, condicionada a critérios rigorosos e vinculada à proteção do sujeito e de seus vínculos sociais, uma vez que a própria lei estabelece que “[...] a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Lei nº 10.216, 2001, p. 2), o que revela uma clara inversão da lógica manicomial tradicional. Além disso, ao diferenciar internação voluntária, involuntária e compulsória, o texto legal introduz camadas de controle jurídico e administrativo que, ainda que imperfeitas, buscam limitar arbitrariedades historicamente naturalizadas no campo psiquiátrico. Nesse sentido, a normativa (Brasil, 2001, p. 3) afirma, logo no início do dispositivo legal, que “[...] o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”, deslocando o foco do isolamento para a convivência comunitária e reafirmando a centralidade dos laços familiares e sociais como dimensão terapêutica e jurídica indissociável. Não se trata, portanto, apenas de reorganizar serviços, mas de produzir uma nova compreensão da cidadania da pessoa em sofrimento mental, agora reconhecida como pertencente ao campo dos direitos civis, sociais e humanos, ainda que esses direitos encontrem obstáculos concretos para sua efetivação. A substituição progressiva do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção psicossocial territorializada explicita que o cuidado em liberdade não é mera diretriz abstrata, mas um princípio estruturante que tensiona práticas institucionais herdadas e exige rearranjos profundos nas políticas públicas. Contudo, essa transição convive com ambiguidades persistentes, pois a mesma ordem jurídica que reconhece direitos continua a operar, em muitos casos, com dispositivos penais e civis que reforçam a tutela e a desconfiança. Assim, o Ato II revela-se como um campo de disputa permanente, no qual o reconhecimento jurídico da pessoa em sofrimento mental avança de modo significativo, mas permanece atravessado por limites históricos, institucionais e culturais que dificultam a plena materialização do cuidado em liberdade como direito efetivo.

Prosseguindo nessa linha, é fundamental compreender que o Ato II não se limita a uma mudança terminológica ou administrativa, mas inaugura um deslocamento normativo profundo ao redefinir a própria gramática jurídica do cuidado em saúde mental, ao menos no plano formal. A Lei nº 10.216/2001 introduz, de maneira explícita, a ideia de que a pessoa em sofrimento mental não deve ser reduzida à condição de objeto de intervenção técnica ou de contenção institucional, mas reconhecida como sujeito de direitos, portador de dignidade e de voz, ainda que atravessado por situações de vulnerabilidade. Nesse sentido, ao estabelecer que “[...] os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental [...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação” (Brasil, 2001, p. 1), a norma desloca o eixo da tutela para o reconhecimento jurídico, ainda que esse movimento se dê de forma tensionada e incompleta. Ao mesmo tempo, como observa Amarante, ao refletir sobre o sentido político da Reforma Psiquiátrica, “[...] a ruptura com o manicômio não é apenas arquitetônica ou assistencial, mas, sobretudo, ética, pois redefine o lugar social da loucura e do louco” (1998, p. 87), o que permite compreender que o cuidado em liberdade não se reduz a uma técnica alternativa, mas implica uma nova concepção de cidadania. A centralidade da dignidade humana passa a orientar o redirecionamento do modelo assistencial, ao afirmar a excepcionalidade da internação, o direito à convivência familiar e comunitária e a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras estratégias de base comunitária. Contudo, mesmo com esse avanço normativo, persiste uma ambiguidade estrutural, pois o reconhecimento formal de direitos convive com práticas institucionais herdadas do paradigma manicomial, produzindo um campo marcado por fricções, ruídos, negociações e resistências silenciosas. Desse modo, o Ato II revela-se como um marco de inflexão que inaugura novas possibilidades de reconhecimento jurídico, mas também explicita os limites de uma transformação que, embora inscrita na lei, segue em disputa no cotidiano das instituições e nas engrenagens do próprio sistema jurídico.

Em continuidade, merece atenção o fato de que essa normativa também promove uma redefinição sensível da relação entre cuidado, território e pertencimento social, ao inscrever o princípio da convivência familiar e comunitária como eixo estruturante do tratamento em saúde mental. Ao afirmar que o tratamento deve visar, de modo permanente, à reinserção social da pessoa em sofrimento mental, a norma rompe com a lógica do afastamento prolongado e da ruptura de vínculos que marcou historicamente a experiência manicomial, instituindo uma nova gramática jurídica do cuidado. Nesse sentido, é fundamental observar que “[...] o tratamento

visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (Lei nº 10.216, 2001, p. 2), o que desloca o foco do controle institucional para a reconstrução de trajetórias de vida no espaço comum. Não se trata apenas de uma diretriz assistencial, mas de uma afirmação normativa que reconhece o direito à cidade, à família e às redes sociais como dimensões indissociáveis da cidadania da pessoa em sofrimento mental. De igual maneira, ao vedar expressamente a internação em instituições com características asilares, o texto legal explicita que a segregação não pode mais ser naturalizada como resposta legítima ao sofrimento psíquico, uma vez que “[...] é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares” (Brasil, 2001, p. 2), reforçando a exigência de serviços que assegurem direitos e meios terapêuticos menos invasivos. A substituição progressiva do hospital psiquiátrico por serviços territoriais não representa apenas uma reorganização da rede de atenção, mas a tentativa de inscrever, no próprio direito, uma ética do cuidado em liberdade. No entanto, à medida que esse princípio se materializa de forma desigual no território nacional, emergem tensões entre o reconhecimento jurídico e as condições concretas de sua efetivação, especialmente em contextos marcados por fragilidade institucional e escassez de recursos. Ainda assim, pode-se afirmar que esse deslocamento normativo inaugura uma nova forma de compreender a proteção estatal, não mais fundada na exclusão, mas na sustentação de vínculos, na corresponsabilização comunitária e no reconhecimento da pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos em circulação no espaço social.

[...] o tratamento em saúde mental só pode adquirir sentido terapêutico quando o sujeito permanece inscrito em sua rede de relações, em seu bairro, em sua família e em sua cultura. A segregação manicomial rompe laços fundamentais, empobrece a vida psíquica e produz dependência institucional. Cuidar em liberdade significa sustentar a presença do sujeito no mundo, respeitando seus vínculos afetivos e sociais, pois é na convivência que se constroem possibilidades reais de transformação. A exclusão, ainda que travestida de proteção, sempre empobrece o humano (Silveira, 2001, p. 118-119).

Em continuidade a esse percurso analítico, é indispensável observar que a Lei nº 10.216/2001 também institui mecanismos jurídicos de contenção do arbítrio, ao submeter a internação psiquiátrica a critérios formais, administrativos e de controle externo, buscando limitar práticas historicamente marcadas pela opacidade e pela violência institucional. Por exemplo, ao exigir laudo médico circunstanciado para qualquer modalidade de internação e ao determinar a comunicação obrigatória da internação involuntária ao Ministério Público (MP) em até setenta e duas horas, o texto legal introduz um regime de visibilidade e responsabilização que rompe, ao

menos normativamente, com a lógica do confinamento silencioso. Nessa direção, como estabelece a própria lei, “[...] a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Brasil, 2001, p. 3), deslocando a decisão do campo da arbitrariedade para um procedimento formalmente justificado. Ao mesmo tempo, ao definir e diferenciar as modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória, o diploma legal reconhece a complexidade das situações clínicas e jurídicas envolvidas, mas também explicita que nenhuma delas pode prescindir de garantias mínimas de direito e de acompanhamento institucional. Em diálogo crítico com esse esforço normativo, Castel afirma que “[...] a psiquiatria moderna oscilou historicamente entre a assistência e o controle, produzindo dispositivos jurídicos ambíguos que tanto protegem quanto excluem” (1988, p. 281), o que ajuda a compreender os limites estruturais desse avanço. Sob essa perspectiva, ainda que a Lei 10.216 introduza dispositivos de proteção relevantes, ela não elimina por completo a tensão entre cuidado e controle, especialmente quando a internação compulsória permanece autorizada por decisão judicial, reinscrevendo o sofrimento mental no campo da exceção jurídica. A exigência de comunicação ao Ministério Público pode ser lida tanto como mecanismo de garantia de direitos quanto como sinal da persistente desconfiança estatal em relação à autonomia da pessoa em sofrimento mental. Dito isso, o Ato II revela uma ambiguidade constitutiva: ao mesmo tempo em que amplia direitos e institui salvaguardas, mantém dispositivos que permitem a suspensão provisória da liberdade, evidenciando que o reconhecimento jurídico da loucura como sujeito de direitos ocorre em um terreno marcado por negociações, limites e continuidades históricas do controle institucional.

Em seguida, convém observar que o Ato II também expõe, de maneira particularmente expressiva, as ambiguidades e os limites jurídicos do processo de reforma, sobretudo quando a ampliação formal de direitos passa a conviver, no interior do mesmo ordenamento, com dispositivos penais e civis de natureza tutelar ainda vigentes. A Lei nº 10.216/2001 afirma, de um lado, a centralidade da dignidade humana, da liberdade e da reinserção social como fundamentos do cuidado, mas, de outro, mantém a possibilidade de internações involuntárias e compulsórias, determinadas por terceiros ou pelo Poder Judiciário, reinscrevendo o sofrimento mental em circuitos de controle jurídico que dialogam com racionalidades anteriores. Embora a norma estabeleça que a internação só deve ocorrer quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e que o tratamento deve se dar pelos meios menos invasivos possíveis, permanece aberta a possibilidade de suspensão temporária da autonomia em nome da proteção. Como dispõe

expressamente o texto legal, “[...] a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Brasil, 2001, p. 3), o que introduz critérios formais, mas não elimina a assimetria de poder entre profissionais, instituições e usuários. Castel adverte que “[...] as políticas de proteção social frequentemente oscilam entre o reconhecimento de direitos e a reatualização de mecanismos de controle, sobretudo quando se trata de populações consideradas vulneráveis” (1998, p. 312), evidenciando que a ampliação normativa pode coexistir com práticas excludentes. A convivência entre a lógica dos direitos e a persistência de dispositivos tutelares revela uma tensão estrutural do Ato II, na qual o reconhecimento jurídico não se traduz automaticamente em emancipação plena. Além disso, a articulação entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e o sistema penal, especialmente nos casos de internação compulsória, evidencia que a loucura continua, em determinadas situações, a ser tratada como problema de segurança e não apenas de cuidado. Dito isso, o Ato II não deve ser lido como superação linear do paradigma anterior, mas como campo híbrido, no qual avanços normativos significativos coexistem com continuidades históricas que limitam a efetivação dos direitos reconhecidos. Essa ambiguidade, longe de enfraquecer a análise, permite compreender a reforma como processo em disputa permanente, marcado por avanços, recuos e negociações institucionais que moldam, na prática, o lugar jurídico da pessoa em sofrimento mental.

Por outro lado, é fundamental observar que a efetivação do cuidado em liberdade, tal como projetada pela normativa, encontra obstáculos concretos quando se analisa a materialidade das políticas públicas e a persistência de práticas institucionais herdadas do modelo manicomial. Embora o texto legal proponha uma ruptura clara com a lógica asilar, a transição para um modelo territorializado de atenção psicossocial ocorre de forma desigual no território brasileiro, marcada por assimetrias regionais, insuficiência de financiamento e fragilidade das redes intersetoriais. Nessa direção, a reforma (Brasil, 2001, p. 2) afirma de maneira categórica: “[...] os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais são assegurados sem qualquer forma de discriminação, garantindo-se o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde”, o que explicita a dimensão normativa do reconhecimento, mas não assegura, por si só, sua tradução em práticas cotidianas. Ainda assim, à medida que o cuidado em liberdade pressupõe articulação entre saúde, assistência social, trabalho, moradia e justiça, torna-se evidente que a ausência ou precariedade desses dispositivos compromete a promessa emancipatória da reforma. Amarante, ao refletir criticamente sobre esse cenário, destaca que “[...] a superação do manicômio não se reduz ao fechamento de instituições, mas exige a construção de novas formas de cuidado, de vínculos

sociais e de reconhecimento do sujeito em sua complexidade” (2007, p. 86), evidenciando que a reforma psiquiátrica é, simultaneamente, jurídica, política e cultural. Dessa forma, mesmo com a substituição formal do hospital psiquiátrico por serviços territoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial, observa-se, em muitos contextos, a reprodução de práticas medicalizantes, hierárquicas e pouco dialógicas, agora deslocadas para outros espaços institucionais. Assim sendo, o Ato II revela que o reconhecimento da pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos depende não apenas da lei, mas também da transformação das racionalidades que orientam a ação estatal e profissional. Em outras palavras, a dignidade humana proclamada pela norma enfrenta limites concretos quando não acompanhada de políticas estruturantes, formação crítica dos trabalhadores e participação efetiva dos usuários e familiares. Logo, a convivência entre avanços normativos e práticas institucionais fragilizadas evidencia que o cuidado em liberdade permanece como horizonte em disputa, cuja realização exige vigilância constante, investimento público e compromisso ético-político com a desinstitucionalização em sentido amplo.

[...] a desinstitucionalização não pode ser confundida com a simples desativação de hospitais psiquiátricos ou com a criação de novos serviços substitutivos. Quando não há transformação das práticas, das relações de poder e das concepções que orientam o cuidado, o manicômio tende a se reproduzir sob outras formas. Serviços comunitários podem operar com a mesma lógica de tutela, de controle e de silenciamento se não houver investimento político, formação crítica dos trabalhadores e participação efetiva dos usuários. A reforma psiquiátrica é, portanto, um processo histórico complexo, marcado por avanços normativos e por resistências institucionais profundas (Amarante, 2007, p. 91-92).

Dessa forma, ao avançar para o Ato III, torna-se possível identificar que a promulgação da Lei nº 13.146/2015 não representa apenas uma atualização normativa pontual, mas uma mudança paradigmática profunda no modo como o direito brasileiro concebe a relação entre deficiência, loucura e capacidade jurídica. Diferentemente dos marcos anteriores, que deslocaram o foco do controle penal para o cuidado em liberdade, o Estatuto da Pessoa com Deficiência introduz uma inflexão ainda mais radical, ao afirmar que a pessoa em sofrimento mental não é apenas destinatária de proteção estatal, mas sujeito pleno de direitos civis, capaz de exercer sua autonomia em igualdade de condições com as demais pessoas. Nessa direção, o direito civil passa a ser tensionado em seus fundamentos históricos, pois a incapacidade deixa de ser pressuposto automático associado ao diagnóstico, abrindo espaço para uma concepção jurídica baseada na presunção de capacidade e na valorização da vontade do sujeito. Como dispõe expressamente o

Estatuto, “[...] a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2015, p. 23), o que representa uma ruptura simbólica e normativa com séculos de interdições amplas e generalizadas. Ao mesmo tempo, essa afirmação dialoga com críticas clássicas à medicalização da vida civil, como aquelas formuladas por Szasz, ao sustentar que “[...] transformar diferenças humanas em incapacidade legal é um ato político, não um diagnóstico científico” (1970, p. 41), evidenciando que a negação da capacidade sempre esteve vinculada a estratégias de controle social e moral. Em decorrência disso, o Ato III inaugura um novo regime jurídico no qual a autonomia, a escolha e a autodeterminação passam a ocupar lugar central, deslocando o direito da lógica da substituição da vontade para a lógica do apoio. Embora esse reconhecimento normativo seja expressivo, ele se inscreve em um campo marcado por tensões, pois convive com práticas judiciais, penais e institucionais ainda fortemente orientadas pela desconfiança em relação à capacidade da pessoa em sofrimento mental. Como resultado, o Estatuto da Pessoa com Deficiência pode ser compreendido como um marco de avanço jurídico significativo, mas também como ponto de partida de disputas contemporâneas em torno do reconhecimento efetivo da autonomia e da cidadania plena dessas pessoas.

Além disso, ao avançar no Ato III, torna-se fundamental explicitar que a Lei nº 13.146/2015 não apenas ajusta dispositivos pontuais do ordenamento jurídico, mas inaugura um verdadeiro deslocamento paradigmático no modo como o direito civil brasileiro passa a compreender a pessoa com deficiência, inclusive aquela em sofrimento psíquico, reconhecendo-a como sujeito de capacidade jurídica plena, dotado de vontade, desejos e projetos próprios. Nesse movimento, a lógica histórica da interdição ampla e preventiva, que por décadas reduziu a pessoa à condição de incapaz genérico, é tensionada por uma nova racionalidade normativa que recoloca a autonomia no centro da cena jurídica, não como concessão graciosa do Estado, mas como direito fundamental. Como afirma a própria lei ao estabelecer seus fundamentos, “[...] assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Brasil, 2015, p. 1), o que implica reconhecer que a deficiência, em si, não autoriza a supressão da capacidade civil. Nessa mesma direção, ao romper explicitamente com a associação automática entre deficiência e incapacidade, a LBI estabelece que “[...] a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa” (Brasil, 2015, p. 4), deslocando o eixo da tutela para a autodeterminação, ainda que mediada por apoios quando necessários. A autonomia, assim sendo, deixa de ser compreendida

como atributo exclusivo do sujeito plenamente racional nos moldes clássicos do liberalismo jurídico e passa a ser concebida de forma relacional, contextual e situada, reconhecendo que a tomada de decisões pode ocorrer com suporte, sem que isso implique substituição da vontade. Ou seja, o Estatuto afirma que proteger não é silenciar, cuidar não é substituir, e apoiar não é decidir pelo outro, o que representa uma inflexão ética profunda frente às práticas históricas de controle. No entanto, ainda que o texto legal seja contundente nesse reconhecimento, não se pode ignorar que sua efetivação encontra resistências culturais e institucionais, especialmente em contextos marcados pela persistência de uma gramática jurídica que associa loucura à periculosidade. Logo, o reconhecimento formal da capacidade jurídica plena convive, de maneira tensa, com práticas judiciais que continuam acionando dispositivos tutelares de forma ampliada, revelando que a distância entre a normatividade inclusiva e a realidade concreta segue sendo um dos grandes desafios para a consolidação da cidadania plena das pessoas em sofrimento mental.

Por sua vez, um dos elementos mais inovadores introduzidos pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência reside na substituição do modelo de representação pelo modelo de apoio, especialmente por meio do instituto da tomada de decisão apoiada, que redefine profundamente a relação entre capacidade, autonomia e proteção no direito civil brasileiro. Ao invés de autorizar a substituição generalizada da vontade da pessoa, como ocorria nos regimes tradicionais de curatela e interdição, a LBI passa a reconhecer que a pessoa em sofrimento mental pode exercer sua capacidade jurídica com o auxílio de apoios por ela escolhidos, preservando o protagonismo de suas decisões. Nessa direção, o próprio texto legal dispõe que “[...] a tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege, pelo menos, duas pessoas de sua confiança para lhe prestar apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil” (Brasil, 2015, p. 31), deixando claro que o apoio não anula, mas sustenta a vontade do sujeito. Trata-se, portanto, de uma ruptura significativa com a lógica da representação, na qual terceiros decidiam em nome da pessoa, muitas vezes sem sua participação efetiva. Em diálogo crítico com essa transformação, Butler afirma que “[...] a autonomia não é a negação da dependência, mas a possibilidade de agir no mundo mesmo em condições de vulnerabilidade” (2009, p. 67), o que permite compreender a tomada de decisão apoiada como expressão de uma autonomia relacional, e não como incapacidade disfarçada. O direito, assim, passa a reconhecer que a condição humana é atravessada por interdependências, sem que isso autorize a supressão da agência do sujeito. Além disso, ao restringir a curatela aos atos de natureza patrimonial e negocial, e apenas quando estritamente necessária, a LBI afirma que a proteção jurídica deve ser proporcional, temporária e

orientada pela menor restrição possível da liberdade. É fundamental observar que esse avanço normativo enfrenta resistências significativas no campo judicial, onde práticas arraigadas continuam a privilegiar soluções tutelares amplas, muitas vezes em desacordo com o espírito da lei. A tomada de decisão apoiada emerge como um dos pontos mais tensionados do Ato III, pois ao mesmo tempo em que amplia a autonomia jurídica da pessoa em sofrimento mental, exige uma profunda mudança cultural nas formas de julgar, decidir e reconhecer a capacidade do outro.

A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial, e será proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, durando o menor tempo possível. A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege, pelo menos, duas pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhe os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade²⁰ (Brasil, 2015, p. 30-31).

Ainda assim, ao avançar na afirmação da capacidade jurídica plena e da autonomia decisória, o Estatuto da Pessoa com Deficiência passa a conviver com tensões profundas no interior do próprio ordenamento jurídico, sobretudo quando se observa o diálogo – muitas vezes conflitivo – com o direito penal e com práticas tutelares historicamente baseadas na noção de periculosidade. De um lado, a LBI afirma que a deficiência, inclusive a de natureza mental ou psicossocial, não pode ser utilizada como fundamento para a supressão de direitos civis, reforçando que a pessoa deve ser reconhecida como agente de sua própria vida; de outro, persistem dispositivos penais e leituras judiciais que associam sofrimento mental à incapacidade moral, à imprevisibilidade e ao risco social. Nessa direção, convém observar que o discurso da periculosidade continua operando como justificativa para medidas de contenção, vigilância e exclusão, ainda que travestidas de proteção. Como se vê, Michel Foucault já advertia que “[...] a noção de periculosidade permite deslocar o foco do ato para o sujeito, instaurando um regime de

²⁰ Essa passagem foi construída a partir de uma leitura sistemática e articulada dos dispositivos inaugurados a partir do artigo 84 da Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), os quais, quando analisados em conjunto, revelam uma inflexão profunda no tratamento jurídico da capacidade civil da pessoa em sofrimento mental. Ao invés de se apoiar em um único artigo isolado, a análise mobiliza a convergência entre os princípios gerais da capacidade jurídica, as limitações expressas da curatela e a introdução do instituto da tomada de decisão apoiada, evidenciando que o Estatuto opera uma reconfiguração estrutural do paradigma da representação pela lógica do apoio. Essa articulação normativa permite compreender que a proteção jurídica deixa de se orientar pela substituição da vontade do sujeito e passa a reconhecer a autonomia como exercício relacional, sustentado por vínculos, escolhas e mecanismos de apoio proporcionalmente ajustados às necessidades da pessoa, em consonância com os fundamentos de dignidade, igualdade e participação que atravessam o diploma legal como um todo.

controle contínuo baseado no que ele é, e não apenas no que fez” (1975, p. 256), o que ajuda a compreender por que a loucura permanece, em muitos contextos, como categoria jurídica suspeita. Em igual medida, o Código Penal brasileiro, ao manter figuras como a medida de segurança vinculada à inimputabilidade, reforça uma lógica que tensiona diretamente os princípios da LBI, pois, embora reconheça a ausência de culpabilidade, legitima privações de liberdade potencialmente indefinidas. Nesse sentido, a normativa (Brasil, 2015) afirma, no corpo do Estatuto, que “[...] a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para exercer direitos de natureza existencial” (p. 18), estabelecendo um parâmetro normativo que entra em choque com práticas judiciais que continuam a operar com categorias médico-penais rígidas. Logo, não se pode ignorar que a coexistência desses regimes jurídicos produz zonas de ambiguidade, nas quais a autonomia reconhecida em abstrato é relativizada na prática. Desse modo, o Ato III revela que o reconhecimento jurídico da capacidade não é apenas uma questão de texto legal, mas um campo de disputas simbólicas e institucionais, no qual antigos imaginários sobre loucura, perigo e controle social ainda resistem, condicionando a efetivação concreta da cidadania plena prometida pelo Estatuto.

Por outro lado, ao se observar a distância concreta entre a normatividade da Lei nº 13.146/2015 e as práticas institucionais cotidianas, torna-se evidente que o reconhecimento formal da capacidade jurídica não se converte automaticamente em experiências reais de autonomia e autodeterminação. Em muitas situações, especialmente nos tribunais, nos serviços de saúde mental e nas instâncias administrativas, a pessoa em sofrimento psíquico continua sendo tratada como objeto de decisão alheia, ainda que o discurso jurídico contemporâneo afirme exatamente o contrário. Nesse cenário, é importante destacar que a tomada de decisão apoiada, concebida como alternativa à interdição ampla, enfrenta resistências culturais profundas²¹, pois

²¹ Quando se fala em “práticas culturais”, refere-se ao conjunto de hábitos, crenças, rotinas institucionais, saberes profissionais e expectativas sociais sedimentadas ao longo do tempo, que orientam a forma como juízes, promotores, técnicos, familiares e gestores agem efetivamente diante da pessoa em sofrimento psíquico. Na prática, isso significa que, mesmo diante da previsão legal da tomada de decisão apoiada, ainda prevalece a lógica segundo a qual “alguém decide melhor” pelo sujeito considerado frágil, instável ou perigoso. É como se, num desenho explicativo, o direito dissesse “você decide”, mas, ao redor do sujeito, se formasse um círculo de vozes – do juiz, do perito, do familiar, do médico – que empurram sua vontade para fora do centro da cena. Essas práticas se expressam, por exemplo, quando magistrados continuam preferindo a curatela ampla por considerá-la “mais segura”, quando equipes técnicas tratam o apoio como mera formalidade burocrática, ou quando a família assume que a autonomia do sujeito representa risco, desordem ou irresponsabilidade. Assim, a tomada de decisão apoiada, embora prevista em lei, é frequentemente esvaziada de seu sentido político e ético, sendo reabsorvida por uma cultura tutelar profundamente enraizada, que insiste em transformar a proteção em substituição da vontade. O resultado é que a pessoa em sofrimento psíquico permanece, no cotidiano das decisões, objeto de gestão e não sujeito de escolha, revelando que as resistências à autonomia não são apenas jurídicas, mas, sobretudo, culturais, simbólicas e institucionais, operando silenciosamente na reprodução da tutela sob novas roupagens.

exige uma mudança de mentalidade que desloca o poder decisório das instituições para o próprio sujeito, com seus tempos, ambivalências e modos singulares de existir. Como bem aponta Diniz no debate sobre deficiência e cidadania, “[...] reconhecer a capacidade jurídica significa admitir que a pessoa tem direito de errar, escolher mal e decidir contra expectativas externas”, reforçando que a autonomia não pode ser condicionada à adequação social (2017, p. 91). Vale destacar, ainda assim, que práticas tutelares persistem sob novas roupagens, como quando profissionais, juízes ou familiares deslegitimam a vontade expressa da pessoa sob o argumento de proteção ou cuidado, reproduzindo uma lógica substitutiva que a LBI pretendeu superar. A própria estrutura do sistema de justiça, marcada por morosidade, formalismo excessivo e forte dependência de laudos técnicos, dificulta a efetivação de modelos baseados no apoio e no diálogo. Nessa direção, a normativa (Brasil, 2015, p. 12), afirma que “[...] a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas”, princípio que, embora claro no plano legal, encontra obstáculos materiais e simbólicos para se concretizar. Em linhas gerais, o que se observa é uma tensão permanente entre a promessa emancipatória do Estatuto e práticas institucionais ainda atravessadas pelo medo da diferença, pela desconfiança em relação à loucura e pela insistência em critérios de normalidade. Desse modo, a autonomia jurídica passa a ser reconhecida de maneira seletiva, concedida apenas quando não desafia expectativas morais, familiares ou institucionais, o que revela limites estruturais importantes do reconhecimento legal. Ou seja, o Ato III evidencia que a efetivação da cidadania plena não depende apenas de leis avançadas, mas de transformações culturais, profissionais e institucionais profundas, capazes de sustentar, no cotidiano, a ideia de que a pessoa em sofrimento mental é sujeito de direitos, de escolhas e de projetos de vida, mesmo quando suas decisões incomodam, tensionam ou escapam às normas socialmente estabelecidas.

Além disso, ao se examinar as tensões entre o Estatuto da Pessoa com Deficiência e o direito penal brasileiro, torna-se impossível ignorar a persistência da noção de periculosidade como critério subterrâneo de decisão, mesmo quando o discurso jurídico afirma ter superado tal lógica. Embora a Lei nº 13.146/2015 afirme a capacidade jurídica plena como regra e a limitação como exceção estrita, na prática, pessoas diagnosticadas com transtornos mentais continuam sendo avaliadas não pelo que expressam ou desejam, mas pelo risco que supostamente representam. Essa contradição aparece com força nos processos judiciais em que a autonomia é relativizada diante de laudos psiquiátricos que reforçam imagens de imprevisibilidade e ameaça, reproduzindo, de forma atualizada, o paradigma da tutela. Nesse contexto, é necessário observar

que o Estatuto introduz uma ruptura conceitual relevante ao deslocar o foco da deficiência para as barreiras sociais, afirmando que a limitação não reside no sujeito, mas no contexto que o impede de exercer direitos. Como estabelece o próprio marco normativo ao definir seus princípios, “[...] a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para exercer direitos existenciais e patrimoniais” (Brasil, 2015, p. 8), proposição que tensiona diretamente práticas judiciais ainda ancoradas no medo e no controle. Contudo, mesmo assim, o direito penal segue operando com categorias herdadas do século XX, como inimputabilidade e semi-imputabilidade, que, embora não pertençam formalmente ao campo civil, produzem efeitos simbólicos profundos sobre o reconhecimento da autonomia. Nessa linha crítica, Barroso (2018) afirma: “[...] não há dignidade humana sem reconhecimento da autonomia moral do indivíduo, ainda que suas escolhas sejam consideradas equivocadas ou socialmente indesejáveis” (p. 214), o que evidencia o conflito entre um modelo jurídico-emancipatório e práticas punitivas travestidas de proteção. A convivência entre a LBI e dispositivos penais tradicionais cria um campo de ambiguidade normativa, no qual a pessoa pode ser considerada plenamente capaz em abstrato, mas tratada como incapaz na situação concreta. De igual maneira, profissionais do sistema de justiça frequentemente oscilam entre a retórica dos direitos humanos e decisões que reforçam a exclusão, legitimadas por discursos técnicos e pela autoridade médica. A partir disso, o que se consolida é um reconhecimento jurídico fragmentado, no qual a autonomia é afirmada no texto legal, mas suspensa diante de situações que envolvem conflito, crime ou sofrimento psíquico intenso. Tendo em vista isso, a cidadania plena permanece condicionada, instável e negociável, revelando que a superação definitiva da lógica da periculosidade exige não apenas reformas legais, mas uma revisão profunda das bases culturais e institucionais que ainda associam loucura, perigo e incapacidade.

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. 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 (Brasil, Lei nº 13.146/2015, art. 2º, §§ 1º e 2º).

Contudo, quando se observa a introdução da tomada de decisão apoiada no ordenamento jurídico brasileiro, percebe-se um deslocamento significativo da lógica da substituição para a lógica do suporte, ainda que esse movimento encontre resistências profundas na prática cotidiana.

A Lei nº 13.146/2015 propõe que a pessoa com deficiência, inclusive aquela em sofrimento mental, não seja mais afastada das decisões que dizem respeito à própria vida, mas acompanhada por pessoas de sua confiança, em um arranjo flexível, revisável e orientado pela vontade expressa do sujeito. Trata-se, portanto, de uma mudança que não é apenas procedimental, mas ética e política, pois rompe com a ideia de que a proteção exige silenciamento. Vale destacar que o Estatuto afirma, de modo explícito, que a curatela deixa de ser regra e passa a ser exceção, limitada aos atos patrimoniais e negociais, e mesmo assim pelo menor tempo possível, deslocando o centro da decisão para a pessoa envolvida. Como estabelece o próprio texto legal ao definir esse novo paradigma, “[...] a tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos duas pessoas idôneas para lhe prestar apoio na tomada de decisões sobre atos da vida civil” (Brasil, 2015, p. 21), evidenciando que o apoio não elimina a autoria da decisão, mas a fortalece. Ainda assim, na prática judicial, observa-se que muitos magistrados e operadores do direito continuam a preferir modelos tradicionais de interdição, por considerá-los mais seguros, previsíveis e compatíveis com uma racionalidade de controle. Não se pode ignorar que essa preferência revela uma dificuldade estrutural em lidar com a incerteza e com a pluralidade de modos de existir, sobretudo quando a escolha do sujeito escapa aos padrões de normalidade socialmente aceitos. Nessa linha crítica, Paulo Delgado, um dos principais formuladores das políticas de saúde mental no Brasil, sustenta que “[...] reconhecer a autonomia da pessoa em sofrimento psíquico implica aceitar o risco como dimensão inerente da vida em sociedade, e não como exceção a ser eliminada pelo Estado” (2011, p. 57), o que confronta diretamente a cultura jurídica marcada pelo medo da responsabilidade compartilhada. A tomada de decisão apoiada acaba sendo aplicada de forma tímida, muitas vezes esvaziada de seu potencial emancipatório, transformando-se em mera formalidade processual. Soma-se a isso, a ausência de formação adequada de juízes, promotores e defensores sobre o Estatuto e isso contribui para interpretações restritivas, que reintroduzem, por vias indiretas, a lógica da incapacidade presumida. Em consequência disso, a promessa de autonomia plena convive com práticas que continuam a tratar a pessoa como objeto de tutela, e não como sujeito de direitos. Pode-se, com relativa facilidade, afirmar que a efetivação da tomada de decisão apoiada depende menos da letra da lei e mais da disposição institucional de reconhecer a pessoa em sofrimento mental como agente legítimo de sua própria trajetória, mesmo quando suas escolhas desafiam expectativas normativas e convenções sociais consolidadas.

Por conseguinte, ao dar continuidade a esse eixo analítico, torna-se fundamental aprofundar o modo como a Lei nº 13.146/2015 reposiciona a noção de capacidade jurídica, deslocando-a de um estatuto condicionado para uma afirmação estrutural da pessoa como sujeito pleno de direitos, ainda que em contextos de sofrimento mental. Nesse movimento, a LBI rompe com a tradição civilista que vinculava a capacidade à ideia de normalidade psíquica e produtividade social, ao afirmar que a deficiência, inclusive de natureza mental, não pode ser utilizada como fundamento automático para a restrição de direitos civis. Logo, a autonomia deixa de ser compreendida como atributo abstrato e passa a ser tratada como experiência concreta, situada e relacional, que se constrói no cotidiano, nas escolhas possíveis e nas mediações sociais disponíveis. Nessa direção, vale destacar que o próprio Estatuto estabelece que “[...] é assegurado e promovido, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Lei nº 13.146, 2015, p. 1), o que implica reconhecer a pessoa como agente de sua própria trajetória jurídica e existencial. Ao introduzir a tomada de decisão apoiada, o legislador afirma explicitamente um modelo de apoio que não substitui a vontade, mas a fortalece, uma vez que, como dispõe o texto legal, “[...] a tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pessoas de sua confiança para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhe os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade” (Lei nº 13.146, 2015, p. 38). Desse modo, o apoio passa a ser concebido como instrumento de ampliação da autonomia, e não como mecanismo de controle, ainda que, na prática, esse deslocamento enfrente resistências institucionais e culturais persistentes. Ao afirmar a capacidade jurídica plena e instituir mecanismos de apoio à decisão, a LBI inaugura uma disputa concreta com dispositivos penais e práticas tutelares herdadas, revelando que o reconhecimento normativo da autonomia não elimina, por si só, as tensões históricas que continuam a atravessar o campo da loucura, da cidadania e do direito.

Desse modo, ao considerar os desafios contemporâneos para a efetivação da cidadania plena das pessoas em sofrimento mental à luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência, torna-se imprescindível reconhecer que o avanço normativo representado pela Lei nº 13.146/2015 convive com limites estruturais profundos, que não se resolvem apenas pela positivação de direitos. Ainda que o texto legal afirme, de maneira inequívoca, a centralidade da autonomia, da capacidade jurídica plena e do apoio à tomada de decisão, a materialização desses princípios depende de condições sociais, institucionais e culturais que, em muitos contextos, permanecem frágeis ou

inexistentes. Nesse sentido, não se pode ignorar que a ausência de políticas públicas integradas, a precariedade das redes de apoio comunitário e a persistência de práticas judiciais conservadoras produzem um hiato significativo entre o direito proclamado e o direito vivido. Como observa Castel ao analisar os mecanismos modernos de exclusão e vulnerabilidade, “[...] a cidadania formal pode coexistir com formas sutis e persistentes de desfiliação social, nas quais o sujeito é juridicamente reconhecido, mas socialmente desautorizado” (1998, p. 412), o que ajuda a compreender por que o reconhecimento legal da capacidade não garante, automaticamente, a participação plena na vida social. De igual maneira, ao refletir sobre os limites do reconhecimento jurídico, Fraser sustenta que “[...] não basta ser reconhecido em termos legais se as estruturas sociais continuam a produzir desigualdade, dependência e silenciamento” (2003, p. 29), indicando que o direito, embora fundamental, não opera isoladamente. Assim, a autonomia afirmada pela LBI encontra barreiras concretas quando a pessoa não dispõe de acesso a moradia digna, trabalho, renda, cuidado em saúde mental comunitário e suporte familiar ou social efetivo. A partir disso, práticas institucionais ainda marcadas pelo paternalismo tendem a reinterpretar a lei de forma restritiva, esvaziando seu potencial emancipatório e reintroduzindo, por vias indiretas, a lógica da tutela. Desse modo, a cidadania plena permanece condicionada, negociada e frequentemente adiada, sobretudo para aqueles cujas existências desafiam normas morais, produtivas ou comportamentais dominantes. O Ato III evidencia que o reconhecimento jurídico da autonomia não é um ponto de chegada definitivo, mas um campo permanente de disputas, no qual se confrontam projetos distintos de sociedade, de normalidade e de valor da vida. Diante desse quadro, a efetivação do Estatuto da Pessoa com Deficiência exige não apenas a aplicação fiel de seus dispositivos, mas uma transformação mais ampla das racionalidades jurídicas, das práticas institucionais e dos imaginários sociais que ainda associam loucura à incapacidade, reafirmando que a luta pelo reconhecimento da autonomia é, em última instância, uma luta pela ampliação democrática da própria ideia de cidadania.

Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. Considera-se discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas. A discriminação em razão da deficiência pode ocorrer em qualquer fase da vida, inclusive na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (Brasil, Lei nº 13.146/2015, art. 4º, caput e §§ 1º e 2º).

Em continuidade a esse percurso analítico, cabe ainda aprofundar as resistências institucionais e culturais que atravessam a aplicação concreta do Estatuto da Pessoa com Deficiência, especialmente quando a autonomia da pessoa em sofrimento mental confronta expectativas normativas arraigadas no sistema jurídico e na sociedade em geral. Ainda que a Lei nº 13.146/2015 estabeleça um marco normativo claro em favor da capacidade jurídica plena, observa-se que, em muitos contextos, o reconhecimento da autonomia é condicionado à conformidade do sujeito com padrões de comportamento considerados aceitáveis, racionais ou produtivos. Sempre que a escolha do indivíduo escapa às lógicas de previsibilidade e controle, reativam-se mecanismos sutis – e por vezes explícitos – de tutela, vigilância e contenção. Nessa direção, Agamben (2007, p. 45) adverte que “[...] a exceção tende a tornar-se regra sempre que a ordem jurídica se vê diante de formas de vida que não consegue plenamente integrar”, o que ajuda a compreender por que a loucura continua sendo tratada, em muitos casos, como zona de suspensão prática de direitos, mesmo após avanços legislativos significativos. Ao analisar as transformações contemporâneas do governo das condutas, Rose afirma que “[...] a autonomia passou a ser exigida como dever, mas continua sendo negada àqueles considerados incapazes de exercê-la segundo critérios normativos dominantes” (Rose, 1999, p. 84), revelando a ambiguidade de um sistema que proclama a liberdade, mas a distribui de forma desigual. O reconhecimento jurídico da capacidade convive com avaliações morais implícitas sobre quem estaria apto a decidir sobre a própria vida. Sob tais olhares, práticas institucionais frequentemente se apoiam em saberes técnicos – sobretudo médicos e psicológicos – para relativizar a vontade expressa do sujeito, deslocando novamente o centro da decisão para especialistas e autoridades. A autonomia, embora afirmada no plano normativo, é constantemente negociada, vigiada e, em certos casos, suspensa, sobretudo quando envolve decisões afetivas, sexuais, patrimoniais ou existenciais que desafiam convenções sociais. No encadeamento desse processo, a cidadania plena permanece como horizonte em disputa, mais do que como realidade consolidada. O Ato III evidencia que a consolidação da capacidade jurídica e da autonomia não depende apenas da vigência formal da lei, mas de uma transformação profunda dos modos de julgar, governar e reconhecer as diferenças, reafirmando que o desafio central não é apenas jurídico, mas também ético, político e cultural.

Ainda assim, ao aprofundar a noção de capacidade jurídica plena introduzida pela Lei nº 13.146/2015, torna-se evidente que o Estatuto da Pessoa com Deficiência promove uma inflexão decisiva na forma como o direito civil brasileiro passa a compreender a relação entre deficiência,

autonomia e vontade, deslocando o eixo da tutela para o reconhecimento da pessoa como agente de sua própria vida. Nesse sentido, a lei afirma, de maneira direta, que “[...] a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para casar-se e constituir união estável, exercer direitos sexuais e reprodutivos, decidir sobre o número de filhos e exercer o direito à convivência familiar e comunitária” (Brasil, 2015, p. 5), o que implica reconhecer que o sofrimento mental, historicamente associado à incapacidade, não pode mais justificar a exclusão automática do sujeito das decisões fundamentais sobre sua existência. ao estabelecer que “[...] o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa com deficiência é indispensável para a realização de tratamento, procedimento, hospitalização e pesquisa científica” (Brasil, 2015, p. 5), o Estatuto introduz uma ruptura simbólica e normativa com práticas médicas, jurídicas e institucionais que, por décadas, naturalizaram intervenções compulsórias e silenciaram a vontade do sujeito em nome de uma suposta proteção. Logo, não apenas se redefine o estatuto jurídico da pessoa em sofrimento psíquico, mas também se tensionam rotinas forenses, práticas clínicas e decisões administrativas que ainda operam sob a lógica da substituição da vontade. Ou seja, a LBI desloca o foco do controle para o apoio, da interdição ampla para a construção de mecanismos que permitam o exercício da autonomia em condições concretas, o que exige, por consequência, uma reconfiguração ética das instituições e uma revisão profunda das culturas profissionais que ainda associam loucura à incapacidade. Dessa forma, a afirmação da capacidade jurídica plena não se limita ao plano abstrato da lei, mas convoca o Estado, o Judiciário e a sociedade a reconhecerem, na prática cotidiana, que a dignidade humana se realiza justamente quando a pessoa é autorizada a participar, decidir e conduzir sua própria trajetória, mesmo em contextos de vulnerabilidade.

Neste sentido, é possível compreender que o Estatuto da Pessoa com Deficiência não apenas reorganiza dispositivos legais isolados, mas explicita uma disputa contemporânea em torno do próprio sentido do reconhecimento jurídico da loucura, revelando os limites e as possibilidades de uma cidadania efetivamente inclusiva no Brasil. Ainda que a Lei nº 13.146/2015 afirme a capacidade jurídica plena como princípio estruturante, o que se observa, na prática, é a convivência tensa entre um direito que proclama autonomia e instituições que seguem operando a partir da desconfiança, do medo e da exceção. Nesse cenário, a distância entre normatividade e realidade cotidiana não decorre apenas de falhas técnicas, mas de resistências históricas profundamente enraizadas, que associam sofrimento mental à incapacidade moral, à irresponsabilidade e à ameaça à ordem social. Como já alertava Franco Basaglia, ao analisar os dispositivos de poder que atravessam o campo da saúde mental, “[...] enquanto a sociedade não

estiver disposta a reconhecer o louco como sujeito de direitos, toda reforma corre o risco de se tornar apenas uma reorganização do controle” (1985, p. 102), advertência que permanece atual diante das ambiguidades da implementação do Estatuto. De igual maneira, ao refletir sobre os limites do reconhecimento jurídico formal, Boaventura de Sousa Santos (2007) afirma que “[...] direitos proclamados sem condições materiais e culturais para seu exercício tendem a produzir frustrações democráticas e novas formas de exclusão” (p. 63), o que ajuda a compreender por que a autonomia reconhecida em lei nem sempre se traduz em autonomia vivida. A LBI expõe uma contradição central: ao mesmo tempo em que amplia o horizonte normativo da cidadania, revela a persistência de práticas judiciais, penais e administrativas que continuam a operar sob a lógica da tutela e da periculosidade. Desse modo, o reconhecimento jurídico da pessoa em sofrimento mental permanece incompleto, fragmentado e permanentemente negociado, sobretudo quando suas escolhas desafiam expectativas familiares, institucionais ou morais dominantes. Dito isso, o Ato III evidencia que a consolidação da autonomia e da capacidade jurídica não é um ponto de chegada definitivo, mas um processo histórico em aberto, atravessado por disputas simbólicas, políticas e culturais. Pode-se, com relativa facilidade, afirmar que o Estatuto da Pessoa com Deficiência inaugura um novo patamar normativo para o reconhecimento da loucura, mas também impõe o desafio contínuo de transformar esse reconhecimento em prática social efetiva, reafirmando que a cidadania plena das pessoas em sofrimento mental depende, em última instância, da capacidade coletiva de sustentar a diferença como valor democrático e não como exceção a ser administrada.

CONCLUSÃO

Os achados da pesquisa permitem compreender o percurso normativo analisado como uma verdadeira narrativa em três atos, na qual o direito brasileiro encena diferentes modos de ver, tratar e reconhecer a pessoa em sofrimento mental. No primeiro ato, marcado pela exceção jurídica e pela periculosidade, a loucura é enquadrada como ameaça; no segundo, passa a ser reconhecida como sujeito de direitos sob o cuidado em liberdade; e, no terceiro, emerge como sujeito de capacidade jurídica e autonomia. Essa tríade não se organiza como sucessão linear e definitiva, mas como um drama jurídico-institucional no qual atos distintos coexistem, se sobrepõem e, por vezes, entram em conflito. Assim, o reconhecimento jurídico da pessoa em

sofrimento mental revela-se como um processo histórico inacabado, atravessado por disputas entre proteção, controle e emancipação.

A análise do primeiro ato evidenciou que a construção penal da loucura consolidou um modelo de exclusão estrutural, no qual inimizabilidade, semi-imizabilidade e medida de segurança operaram como dispositivos de suspensão prolongada da cidadania. Nesse cenário, a noção de periculosidade funcionou como fundamento jurídico central, legitimando a indeterminação temporal da privação de liberdade e a institucionalização como resposta penal preferencial. Ainda que revestido de uma retórica protetiva, esse modelo reduziu a pessoa a objeto de tutela e controle, produzindo uma forma de reconhecimento negativo, na qual direitos civis e políticos permaneciam permanentemente condicionados à avaliação técnico-jurídica do risco.

O segundo ato, inaugurado pela Reforma Psiquiátrica, introduziu uma inflexão significativa ao deslocar o eixo normativo da segregação para o cuidado em liberdade e ao afirmar a pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos. Os achados indicam que esse marco rompeu simbolicamente com a centralidade do hospital psiquiátrico, valorizando a convivência comunitária, os vínculos familiares e a dignidade humana como princípios estruturantes. Contudo, também se observou que esse reconhecimento jurídico convive com ambiguidades importantes, uma vez que práticas institucionais herdadas do modelo manicomial continuam a tensionar a efetividade dos direitos formalmente assegurados, mantendo zonas de ambivalência entre liberdade e tutela.

No terceiro ato, a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão aprofundou a reconfiguração do reconhecimento jurídico ao afirmar a capacidade jurídica plena e a centralidade da autonomia e da vontade da pessoa. A substituição da lógica da interdição ampla pelo modelo da tomada de decisão apoiada representa um deslocamento ético e jurídico profundo, reconhecendo a pessoa como agente de sua própria vida. Ainda assim, os resultados da pesquisa mostram que esse avanço normativo enfrenta resistências expressivas, sobretudo na convivência com o direito penal e com práticas judiciais que, diante do sofrimento psíquico, tendem a reativar discursos de incapacidade, perigo e tutela.

De forma articulada, os achados revelam que as continuidades identificadas ao longo dos três atos não decorrem apenas de falhas legais, mas de estruturas institucionais e culturais que resistem à plena incorporação do paradigma dos direitos e da autonomia. A persistência da lógica da periculosidade, a dificuldade de operacionalizar o apoio à decisão e a fragmentação entre os campos do direito penal, civil e da saúde mental evidenciam que o reconhecimento jurídico

permanece desigual e condicionado. Logo, a distância entre a normatividade progressista e as práticas concretas emerge como um dos principais desafios para a consolidação de uma cidadania efetivamente inclusiva.

Desse modo, retomando a metáfora da tríade dos três atos, pode-se afirmar que o drama jurídico da loucura no Brasil ainda está em cena e longe de um desfecho definitivo. O primeiro ato não foi plenamente encerrado, o segundo segue em disputa cotidiana, e o terceiro ainda luta para se afirmar para além do texto legal. Essa convivência tensa entre atos distintos revela que a reconfiguração do reconhecimento jurídico da pessoa em sofrimento mental exige mais do que novas normas: demanda transformações profundas nos modos de decidir, cuidar e julgar. Somente quando o terceiro ato deixar de ser exceção e passar a orientar efetivamente as práticas institucionais será possível falar em uma cidadania plena, capaz de romper, de forma consistente, com as heranças tutelares que ainda atravessam o campo jurídico e social.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados**. São Paulo: Hucitec, 2016.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 2020.

BASAGLIA, F. **O circuito do controle: psiquiatria e sociedade**. São Paulo: Boitempo, 2024.

BECKER, H. S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

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.

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).

BUENO, W. C. **Estigma, loucura e cidadania**. São Paulo: Cortez, 2020.

BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

COOPER, D. **A morte da família**. São Paulo: Martins Fontes, 1974.

DI VITTORIO, P.; COLUCCI, M. **Basaglia e a democracia da loucura**. São Paulo: Elefante, 2024.

DOS SANTOS, P. G. S. et al. Psicotecnologia – da tela ao ansiolítico: tecnologias digitais, adoecimento mental e medicalização da vida universitária. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. e7405, 2025. DOI: 10.56238/arev7n8-194. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/7405>. Acesso em: 29 dez. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Prevenção ou medicalização? Os desafios da atenção primária à saúde (APS) na era do rastreamento populacional e da gestão de risco. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 15130-15161, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-287. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4127>. Acesso em: 29 dez. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Psiquiatria e racismo – o Holocausto psiquiátrico no hospício de Barbacena e o racismo contra negros no Brasil. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 14745-14776, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-265. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4071>. Acesso em: 29 dez. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Por uma atenção primária transformadora: formação e capacitação profissional para fortalecer o trabalho no cuidado a saúde da família. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 11001-11030, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-054. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3700>. Acesso em: 29 dez. 2025.

DOS SANTOS, A. N. S. et al. Desmedicar a vida – um olhar crítico sobre doenças psíquicas, diagnósticos psiquiátricos e a expansão da medicalização no Brasil. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 7636–7665, 2025. DOI: 10.56238/arev7n2-179. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/3365>. Acesso em: 29 dez. 2025.

DUTRA, L. da C. et. al. Da lógica flexneriana à integração do sujeito – do hospital ao território, da fragmentação à integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 23(8), e11025. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n8-055> Acesso em 29 dez. 2025.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1995.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

- FOUCAULT, M. **Os poderes psiquiátricos**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. **A coragem da verdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2020.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.
- GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1982.
- GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1986.
- GOFFMAN, E. **Estigma**. Rio de Janeiro: LTC, 2009.
- GOFFMAN, E. **Rituais de interação**. Petrópolis: Vozes, 2017.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- KARAM, M. L. **O processo penal como instrumento de exclusão social**. Rio de Janeiro: Revan, 1991.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- ROSE, N. **Powers of freedom: reframing political thought**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- ROSE, N. **The politics of life itself**. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- SANTOS, A. N. S. dos. et al. Saúde coletiva e equidade – desafios e estratégias para um sistema de saúde inclusivo e sustentável. **OBSERVATÓRIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA**, 23(2), e8946. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/oelv23n2-041> Acesso em 29 dez. 2025.
- SANTOS, A. N. S. dos. et al. Entre o peso do cuidado e a exaustão invisível: o desgaste biopsicossocial dos profissionais da educação e saúde a partir da “Sociedade do Cansaço” de Byung-Chul Han. **Cuadernos De Educación Y Desarrollo - QUALIS A4**, 16(13), e6979. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/cuadv16n13-101> Acesso em 29 dez. 2025.
- SANTOS, A. N. S. dos. et al. Os novos manicômios: contrarreforma psiquiátrica, a mercantilização da loucura e a ascensão das comunidades terapêuticas no Brasil. **Caderno Pedagógico**, 21(12), e11224. Disponível em: <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n12-245> Acesso em 29 dez. 2025.

- SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.
- SILVEIRA, N. **O mundo das imagens**. São Paulo: Ática, 1995.
- SILVEIRA, N. **Gatos, a emoção de lidar**. Rio de Janeiro: Léo Christiano, 2001.
- SZASZ, T. **The myth of mental illness**. New York: Harper & Row, 1961.
- SZASZ, T. **Law, liberty and psychiatry**. New York: Macmillan, 1963.
- SZASZ, T. **The manufacture of madness**. New York: Harper & Row, 1970.
- SZASZ, T. **Psychiatric justice**. New York: Macmillan, 1971.
- SZASZ, T. **The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct**. New York: Harper & Row, 1974.
- SZASZ, T. **Cruel compassion**. Syracuse: Syracuse University Press, 1994.
- VELHO, G. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- VELHO, G. **Desvio e divergência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- WEBER, M. **The methodology of the social sciences**. New York: Free Press, 1949.
- ZAFFARONI, E. R. **Em busca das penas perdidas**. Rio de Janeiro: Revan, 1991.
- ZAFFARONI, E. R. **O inimigo no direito penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2014.