

# Descumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica em decisões judiciais no município de Aracruz, Estado do Espírito Santo: Análise crítica<sup>1</sup>

*Incumplimiento de la Ley de Reforma Psiquiátrica en decisiones judiciales en el municipio de Aracruz, Estado de Espírito Santo: Análisis crítico*

*Noncompliance with the Psychiatric Reform Law in Judicial Decisions in the Municipality of Aracruz, State of Espírito Santo: A Critical Analysis*

*Inosservanza della Legge di Riforma Psichiatrica nelle decisioni giudiziarie nel comune di Aracruz, Stato di Espírito Santo: Analisi critica*

**Yasmin Ferreira Rebonato Fraga<sup>2</sup>**

Mestranda, PPG em Direito Médico, Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil

**Silvio Gabriel Serrano Nunes<sup>3</sup>**

Doutor, PPG em Direito Médico, Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil

**RESUMO:** O problema investigado neste artigo consiste no descumprimento da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, em decisões judiciais proferidas pela Vara da Fazenda Pública de Aracruz/ES, o que evidencia o descompasso entre a norma e a prática. O objetivo foi analisar de que modo a atuação judicial preserva os direitos fundamentais das pessoas em situação de saúde mental, considerando o caráter excepcional da internação compulsória e os princípios do garantismo jurídico. Nos métodos, realizou-se uma análise qualitativa de vinte decisões judiciais proferidas entre 2024 e 2025, cotejando-as com os dispositivos da Lei 10.216/2001, as resoluções do Conselho Federal de Medicina e a literatura especializada em Reforma Psiquiátrica, Direito Sanitário e bioética. Os resultados apontam ausência de fiscalização prévia das dínicas, transferência de pacientes para municípios distantes, falta de comprovação do esgotamento de recursos extra-hospitalares e laudos médicos genéricos ou incompletos, o que fragiliza o devido processo legal e o caráter excepcional da medida. Como conclusão, constatou-se que a prática judicial tende a banalizar a internação compulsória, perpetuando lógicas manicomiais e produzindo efeitos de cronificação e isolamento social. Recomenda-se a elaboração de laudos médicos circunstanciados completos, inspeções prévias e criação de leitos

1 Esse trabalho foi apresentado originalmente no VII Congresso Internacional de Direito da Saúde, realizado em 23, 24 e 25 de outubro de 2025 na Universidade Santa Cecília (Unisantia). Em função da recomendação de publicação da Comissão Científica do Congresso, fez-se a presente versão.

2 Mestranda em Direito Médico pela Universidade Santo Amaro (UNISA), graduada em Direito pela Faculdade Brasileira Multivix. Diretora da Associação Brasileira de Advogados em Saúde (ABRAS), pesquisadora do Comitê de Saúde do Tribunal de Justiça do Espírito Santo e coordenadora do COMEDJUS – Congresso Brasileiro Médico e Jurídico da Saúde há 12 anos. Membro do Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde (CEBEX). Curriculum: <https://lattes.cnpq.br/3869145173883718>. E-mail: [yfregonato@gmail.com](mailto:yfregonato@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9351-6253>.

3 Doutor, mestre, licenciado e bacharel em Filosofia pela USP, estágio de Doutorado na Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, advogado, bacharel em Direito pela PUC-SP, especialista em Direito Administrativo pela FADISP, docente da Escola Superior do TCM-SP; professor do programa de Mestrado Acadêmico em Direito Médico da UNISA. Curriculum: <http://lattes.cnpq.br/4377811572164758>. E-mail: [serrano.nunes@gmail.com](mailto:serrano.nunes@gmail.com) e [sgsnunes@prof.unisa.br](mailto:sgsnunes@prof.unisa.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5565-0965>.

regionais, a fim de alinhar o Poder Judiciário aos princípios da Reforma Psiquiátrica e à proteção da dignidade humana.

**Palavras-chave:** internação compulsória; garantismo jurídico; saúde mental; Reforma Psiquiátrica; decisões judiciais.

**RESUMEN:** El problema analizado en este artículo es el incumplimiento de la Ley 10.216/2001, conocida como Ley de la Reforma Psiquiátrica, en decisiones judiciales dictadas por el Juzgado de Hacienda Pública de Aracruz/ES, lo que demuestra la distancia entre la norma y la práctica. El objetivo fue examinar cómo la actuación judicial preserva los derechos fundamentales de las personas en situación de salud mental, considerando el carácter excepcional de la internación compulsoria y los principios del garantismo jurídico. En los métodos, se realizó un análisis cualitativo de veinte decisiones judiciales emitidas entre 2024 y 2025, comparándolas con los dispositivos de la Ley 10.216/2001, las resoluciones del Consejo Federal de Medicina y la literatura especializada en Reforma Psiquiátrica, Derecho Sanitario y bioética. Los resultados mostraron la ausencia de fiscalización previa de las clínicas, el traslado de pacientes a municipios lejanos, la falta de comprobación del agotamiento de recursos extra-hospitalarios y la existencia de informes médicos genéricos o incompletos, lo que debilita el debido proceso legal y el carácter excepcional de la medida. Como conclusión, se observó que la práctica judicial tiende a banalizar la internación compulsoria, perpetuando lógicas manicomiales y generando efectos de cronicidad y aislamiento social. Se recomienda la adopción de informes médicos circunstanciados completos, inspecciones previas y creación de camas regionales, para alinear el Poder Judicial con los principios de la Reforma Psiquiátrica y la protección de la dignidad humana.

**Palabras clave:** internación compulsoria; garantismo jurídico; salud mental; Reforma Psiquiátrica; decisiones judiciales.

**ABSTRACT:** The problem addressed in this article concerns the noncompliance with Law 10.216/2001, known as the Psychiatric Reform Law, in judicial decisions issued by the Public Treasury Court of Aracruz/ES, revealing the gap between legal provisions and practice. The objective was to analyze how judicial action safeguards the fundamental rights of individuals in situations of mental health, considering the exceptional nature of compulsory hospitalization and the principles of legal garantism. The methods consisted of a qualitative analysis of twenty judicial decisions issued between 2024 and 2025, comparing them with the provisions of Law 10.216/2001, the resolutions of the Federal Council of Medicine, and specialized literature on Psychiatric Reform, Health Law, and bioethics. The results indicated the absence of prior inspection of clinics, transfer of patients to distant municipalities, lack of verification of the exhaustion of community-based resources, and incomplete or generic medical reports, undermining due process and the exceptional nature of the measure. As a conclusion, the study found that judicial practice tends to trivialize compulsory hospitalization, perpetuating asylum-like logics and producing effects of chronicity and social isolation. It recommends adopting complete medical reports, prior inspections, and creating regional beds to align the Judiciary with the principles of the Psychiatric Reform Law and the protection of human dignity.

**Keywords:** compulsory hospitalization; legal garantism; mental health; Psychiatric Reform; judicial decisions.

**RIASSUNTO:** Il problema analizzato in questo articolo riguarda la mancata osservanza della Legge 10.216/2001, conosciuta come Legge di Riforma Psichiatrica, nelle decisioni giudiziarie emesse dal Tribunale del Tesoro Pubblico di Aracruz/ES, che rivela la distanza tra la norma e la pratica. L'obiettivo è stato analizzare in che modo l'azione giudiziaria tuteli i diritti fondamentali delle persone in condizione di salute mentale, considerando il carattere eccezionale del ricovero coatto e i principi del garantismo giuridico. Nei metodi, è stata condotta un'analisi qualitativa di venti decisioni giudiziarie pronunciate tra il 2024 e il 2025, confrontandole con le disposizioni della Legge 10.216/2001, le risoluzioni del Consiglio Federale di Medicina e la letteratura specializzata in Riforma Psichiatrica, Diritto Sanitario e bioetica. I risultati hanno evidenziato l'assenza di ispezioni preventive delle cliniche, il trasferimento di pazienti in comuni lontani, la mancanza di verifica dell'esaurimento delle risorse extra-ospedaliere e referti medici generici o incompleti, indebolendo il giusto processo e il carattere eccezionale della misura. In conclusione, si è osservato che la prassi giudiziaria tende a banalizzare il ricovero coatto, perpetuando logiche manicomiali e generando effetti di cronicizzazione e isolamento sociale. Si raccomanda l'adozione di referti medici completi, ispezioni preventive e la creazione di posti letto regionali per allineare il potere giudiziario ai principi della Riforma Psichiatrica e alla tutela della dignità umana.

**Parole chiave:** ricovero coatto; garantismo giuridico; salute mentale; Riforma Psichiatrica; decisioni giudiziarie.

## Introdução

À luz da Lei 10.216 (Brasil, 2001), conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, a internação compulsória deveria ser um ato excepcional, de máxima cautela, precedido de um crivo rigoroso sobre a segurança do estabelecimento e a real necessidade do recolhimento forçado.

No entanto, a prática forense no estado de Aracruz/ES parece revelar uma inquietante dissonância entre a norma e sua concretização. Laudos médicos breves, muitas vezes genéricos, substituem o relatório circunstanciado exigido pelo legislador; não se verifica a demonstração de tentativas prévias de tratamento extra-hospitalar, que deveriam constituir etapa indispensável antes do enclausuramento; e, para agravar, pacientes são enviados para municípios vizinhos, tornando opaca a fiscalização judicial e quase impossível a participação da família e da rede de apoio local.

Neste cenário surge, então, uma pergunta: até que ponto essa rotina jurisdicional, sob o pretexto de proteger o paciente e a sociedade, não estaria resvalando para uma forma de desinstitucionalização às avessas, na qual a excepcionalidade da internação compulsória é esvaziada e o devido processo legal se converte em mera formalidade?

A sistemática descon sideração das garantias da Lei 10.216 (Brasil, 2001) aproxima essa norma jurídica de uma ‘mera folha de papel’, no sentido lassalliano, isto é, desconectada das forças sociais e institucionais que deveriam lhe dar vida

Quando podemos dizer que uma constituição escrita é boa e duradoura? A resposta é clara e parte logicamente de quanto temos exposto: Quando essa constituição escrita corresponder à constituição real e tiver suas raízes nos fatores de poder que regem o país. Onde a constituição escrita não corresponder à real, irrompe inevitavelmente um conflito que é impossível evitar e no qual, mais dia menos dia, a constituição escrita, a folha de papel, sucumbirá necessariamente, perante a constituição real, e aos verdadeiros fatores vitais do país (Lassalle, 2001, p. 33).

Quando a internação compulsória é determinada sem a verificação da segurança do estabelecimento, sem laudo circunstanciado ou sem comprovação de esgotamento da rede extra-hospitalar, o que deveria ser uma garantia do paciente transforma-se em legislação simbólica — uma formalidade que legitima o enclausuramento, mas não o controla.

Essa dissociação entre o texto normativo e a realidade forense revela que o desafio da Reforma Psiquiátrica não se esgota na edição da Lei 10.216 (Brasil, 2001). Ao contrário, trata-se de um processo histórico e contínuo, cujas raízes remontam à própria transformação do paradigma psiquiátrico ao longo do século XX.

Com efeito, a psiquiatria clássica desenvolveu, ao longo do tempo, uma crise de ordem simultaneamente teórica e prática, precipitada pela profunda reconfiguração de seu objeto de intervenção. O foco, antes restrito ao tratamento da doença mental, foi gradualmente deslocado para a promoção da saúde mental (Birman; Costa, 1994; Amarante, 1998), em consonância com os ideais de prevenção, desinstitucionalização e integralidade que inspirariam, décadas mais tarde, a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Foi nesse contexto de questionamento epistemológico e de experimentação de novos modelos de cuidado — como os movimentos antimanicomiais europeus e latino-americanos — que se consolidaram as bases para a reforma psiquiátrica brasileira. Esta culminaria, no início dos anos 2000, com a promulgação da Lei 10.216 (Brasil, 2001), norma que não apenas redefiniu o papel dos hospitais psiquiátricos, mas também reafirmou a primazia do tratamento comunitário e a excepcionalidade das internações.

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
  - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
  - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración;
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud, 1990, p. 2).

Entretanto, apesar da conquista política e social representada pela promulgação da Lei Antimanicomial, persiste uma distância entre norma e a realidade. Isto pois, embora a Reforma Psiquiátrica esteja alicerçada no princípio da desinstitucionalização e estabeleça a internação como medida de caráter excepcional, observa-se, na prática, sua utilização quase automática.

O perigo dessa banalização reside justamente na possibilidade de que ela deixe de representar um mero desvio episódico e passe a configurar uma forma de resistência institucional às mudanças propostas pela Reforma — uma espécie de “contrarreforma silenciosa”, em que o caráter excepcional da internação é esvaziado e a lógica da institucionalização se mantém sob amparo legal.

Assim, este artigo investiga uma amostra de decisões judiciais proferidas em Aracruz/ES, nas quais foram deferidas internações psiquiátricas compulsórias sem a devida observância das garantias legais.

Nas decisões analisadas, identificou-se: (a) ausência de vistoria ou verificação prévia das condições das clínicas onde os pacientes foram internados compulsoriamente, em aparente violação ao art. 9º da Lei 10.216/01; (b) transferência dos pacientes para estabelecimentos situados em outros municípios, dificultando o acompanhamento pelo Ministério Público, Defensoria e família; (c) falta de demonstração documentada da utilização de recursos extra-hospitalares antes de se decretar a internação, embora a legislação estabeleça a internação apenas como *ultima ratio*; e (d) insuficiência de laudo médico circunstanciado que embasasse a medida, contrariando exigência legal expressa no art. 4º e 6º da Lei 10.216/01 (Brasil, 2001).

A relevância do tema reside no fato de que a internação psiquiátrica involuntária ou compulsória envolve a privação da liberdade de pessoas portadoras de transtornos mentais – uma restrição severa de direitos que só pode ser legitimada se estritamente observados os requisitos legais e os princípios constitucionais de dignidade da pessoa humana, devido processo legal e proporcionalidade.

A análise proposta não se limita ao caso do estado de Aracruz/ES, servindo como referência para compreender tendências nacionais e discutir as consequências de eventuais retrocessos na política antimanicomial brasileira. Busca-se, assim, fomentar uma reflexão crítica acerca do desinteresse do Estado (registre-se, historicamente verificável) em tutelar os direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Tal desinteresse decorre, em parte, da invisibilidade social à qual esses indivíduos são relegados e, em parte, do fato de que sua proteção ou abandono não produz perdas ou ganhos políticos: não gera receita, não reelege, não conquista votos, tampouco ameaça a manutenção do poder.

A própria “pulverização” dessas vidas sequer provoca, a curto ou médio prazo, qualquer comoção ou revolta coletiva de relevância. Ora, basta lembrar que apenas no final do século XVIII a doença mental começou a se consolidar como objeto de estudo e a psiquiatria a se afirmar como campo do saber; por séculos, até meados do século XX, o “louco” foi representado como ameaça à ordem social e legitimamente excluído do convívio comunitário<sup>4</sup> (Amarante, 1998; Kist; Tanji, 2017; Figueiredo, 2022).

Para estruturar o trabalho, inicia-se com a apresentação do referencial teórico, que reúne as contribuições do garantismo jurídico, do movimento antimanicomial e da bioética para a compreensão da temática. Em seguida, procede-se ao exame da Lei 10.216 (Brasil, 2001) e do arcabouço normativo correlato, com ênfase nos dispositivos mais frequentemente violados na prática forense. Na sequência, desenvolve-se o estudo empírico das decisões proferidas no estado em Arcaruz/ES, sistematizando os vícios identificados. Por fim, a conclusão sintetiza os achados e apresenta recomendações de ordem prática, com vistas a implementação dos princípios garantistas e das diretrizes antimanicomiais.

## 1 Garantismo, Antimanicomialismo e Bioética

A exposição que se segue apresenta três perspectivas teóricas complementares — o garantismo jurídico, o movimento antimanicomial e a bioética — com o objetivo de estabelecer as premissas conceituais indispensáveis à compreensão das questões que envolvem a saúde mental e, em especial, o debate acerca das internações psiquiátricas compulsórias.

### 1.1 Garantismo jurídico e direitos fundamentais

O garantismo é uma teoria desenvolvida pelo jurista italiano Luigi Ferrajoli, que consiste num conjunto de princípios destinados a legitimar o exercício do poder punitivo estatal mediante a estrita observância dos direitos e garantias fundamentais dos cidadãos, tanto no plano penal quanto no processual (Ferrajoli, 2018).

Trata-se, portanto, de uma orientação de sistema penal consagrada por diversas constituições ao redor do mundo, funcionando como verdadeiro parâmetro de racionalidade, de justiça e de legitimidade da intervenção punitiva (Ferrajoli, 2018). Embora originado no âmbito do direito penal, o garantismo aplica-se por analogia a qualquer intervenção estatal que cerceie liberdades individuais, como é o caso das internações psiquiátricas involuntárias.

Ferrajoli (2018) distingue três significados para a noção de garantismo. No plano normativo, refere-se a um modelo de direito penal vinculado ao Estado de Direito e à estrita

---

4 Sobre o abandono histórico de pessoas em sofrimento mental (Amarante, 1998). O autor descreve a experiência de exclusão dos indivíduos internados em hospícios e manicômios desde o século XIX, muitas vezes em condições degradantes. Em período mais recente, mesmo após a promulgação da Lei 10.216/2001, políticas públicas de caráter higienista reforçaram essa “pulverização”, como demonstram as operações de “limpeza” em áreas conhecidas como cacolândias no Rio de Janeiro e em São Paulo (Kist; Tanji, 2017; Figueiredo, 2022).

legalidade, caracterizando-se por impor barreiras ao poder punitivo e maximizar a liberdade dos indivíduos. Como teoria do direito, estabelece uma distinção entre validade e efetividade, exigindo que o dever-ser previsto na norma seja confrontado com o ser da prática jurídica, de modo a analisar sua legitimidade. Finalmente, como filosofia política, o garantismo demanda do Estado uma justificação externa para suas medidas restritivas, com base nos bens e interesses tutelados, funcionando como uma doutrina de legitimação racional do exercício do poder.

A partir dessas categorias, a Lei 10.216 (Brasil, 2001) pode ser compreendida como uma expressão do garantismo no campo da saúde mental, pois impõe limites claros ao poder estatal de internar o indivíduo, condicionando-o à demonstração de necessidade, à proteção da dignidade do paciente e à adoção prévia de alternativas terapêuticas menos gravosas.

Contudo, a realidade revela que tais garantias têm sido desrespeitadas, isto é, os pedidos de internações compulsórias estão sendo acolhidas sem laudo circunstanciado, sem demonstração processual do esgotamento das alternativas extra-hospitalares e sem fiscalização (prévia e concomitante) das condições dos estabelecimentos, configurando um cenário em que a norma é válida<sup>5</sup> (Bobbio, 1991), vigente<sup>6</sup> (Kelsen, 1986; Kelsen, 1998), efetiva<sup>7</sup> (Ferraz Junior, 2002), mas não é eficaz<sup>8</sup> (Carvalho, 2015). Esse descompasso traduz a crítica que Ferrajoli (2018) faz aos sistemas em que o ser da prática não corresponde ao dever-ser da norma.

## 1.2 Antimanicomialismo e reforma psiquiátrica

O movimento antimanicomial propugna a superação do modelo asilar de tratamento psiquiátrico, historicamente marcado pelo isolamento prolongado de pacientes em manicômios e pela violação sistemática de seus direitos, evidenciada por práticas como maus-tratos físicos e psicológicos, superlotação, condições insalubres de internação, ausência de atendimento terapêutico qualificado, negação de contato com familiares e uso indiscriminado de contenções físicas e medicamentosas.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil não pode ser compreendido sem referência às graves violações de direitos humanos que marcaram a história da assistência psiquiátrica no país.

---

5 “Particularmente, para decidir si una norma es válida (esto es, si existe como regla jurídica que pertenece a un determinado sistema) con frecuencia es necesario realizar tres operaciones: 1. Determinar si la autoridad que la promulgó tenía el poder legítimo para expedir normas jurídicas (...) 2. Comprobar si no ha sido derogada (...) 3. Comprobar que no sea incompatible con otras normas del sistema (lo que también se llama derogación implícita (...))” (Bobbio, 1991, p. 34).

6 Para Hans Kelsen, a vigência corresponde à própria existência normativa da regra jurídica, devendo ser diferenciada tanto da existência de fatos naturais quanto da dos fatos que lhe deram origem (Kelsen, 1986) A existência de uma norma positiva — isto é, a sua vigência — não se confunde com a existência do ato de vontade que lhe deu origem. A norma permanece vigente ainda que seu criador já não deseje a conduta por ela prescrita ou sequer exista (Kelsen, 1998).

7 Para Tércio Sampaio Ferraz Júnior, é considerada efetiva a norma dotada de aptidão para produzir efeitos jurídicos, isto é, cujo enunciado seja suficiente para permitir sua aplicação direta, sem a necessidade de complementação por outra norma (Ferraz Junior, 2002).

8 Para Paulo de Barros Carvalho, a eficácia (social) refere-se à produção de resultados no plano fático, o que se verifica quando a conduta prevista pela norma é observada por seus destinatários. Em caso de reiterado descumprimento, não se poderá falar em eficácia (Carvalho, 2015).

Durante décadas, os hospitais psiquiátricos funcionaram como o que Erving Goffman denomina “instituições totais”<sup>9</sup> (Goffman, 1974), nas quais os pacientes eram submetidos a isolamento prolongado, condições insalubres, superlotação, medicalização excessiva, contenções físicas e até maus-tratos — práticas que visavam mais ao controle social do “louco” do que à sua reabilitação.

No cenário internacional, experiências conduzidas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, a partir da década de 1960, em Trieste e Gorizia, demonstraram que era possível substituir o hospital psiquiátrico por serviços comunitários, respeitando a dignidade e a liberdade dos indivíduos<sup>10</sup> (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Fiocruz, 2019; Brasil, 2005).

O êxito desse modelo inspirou recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que passaram a orientar políticas públicas de saúde mental em diversos países. No Brasil, denúncias feitas em 1978 por profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) sobre a precariedade dos hospitais psiquiátricos impulsionaram a mobilização de trabalhadores e usuários, resultando na criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1979 e, mais tarde, do movimento antimanicomial em 1987, que reivindicaram a superação definitiva do modelo asilar (Brasil, 2021).

Esse processo culminou na aprovação da Lei 10.216 (Brasil, 2001), que representou não apenas um marco jurídico, mas uma resposta histórica a esse passado de exclusão, ao estabelecer a internação como medida excepcional e incentivar a construção de uma rede de atenção psicossocial de base comunitária (Brasil, 2005).

Desse modo, a política pública passou a privilegiar a implantação de dispositivos substitutivos — como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, o atendimento multiprofissional de base comunitária e programas de reabilitação psicossocial, mantendo as internações psiquiátricas somente quando estritamente necessárias e pelo menor período possível.

### 1.3 Bioética e direitos humanos na saúde mental

A Bioética tem como base o respeito à dignidade da pessoa humana e, em sua vertente principiológica, é orientada pelos quatro princípios fundamentais da ética biomédica: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Silva, 2024).

O princípio da beneficência impõe ao profissional de saúde o dever ético de promover o bem do paciente, de modo que suas condutas tenham a finalidade de maximizar os benefícios e de reduzir ao mínimo os riscos envolvidos. Já o princípio da não maleficência estabelece uma

---

9 [...] Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão induídas no esquema físico — por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais (Goffman, 1974).

10 Sobre as condições reais em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários no Brasil — incluindo relatos de abandono, superlotação, violação do direito à convivência familiar, uso indiscriminado de contenção física e medicação excessiva — (Conselho Federal de Psicologia, 2019; Fiocruz, 2019; Brasil, 2005).

obrigação de abstenção, isto é, de não causar dano. Trata-se do dever ético de não infligir, de forma intencional, qualquer dano ao paciente (Diniz apud Silva, 2024).

O princípio da autonomia, por sua vez, consagra o respeito à decisão do paciente, assegurando-lhe a possibilidade de aceitar ou recusar, de maneira livre e esclarecida, os procedimentos médicos que lhe sejam indicados. Esse princípio representa uma transformação na relação entre médico e paciente, que deixa de ser pautada exclusivamente pela autoridade técnica do profissional para incorporar o dever de informar de forma clara e completa o diagnóstico e as alternativas terapêuticas, garantindo ao paciente o direito de decidir sobre sua própria saúde (Diniz apud Silva, 2024).

A autonomia se manifesta por meio do consentimento informado (Beca apud Silva, 2024). O princípio da autonomia também legitima o paciente a ter o conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico e a recusar o tratamento proposto. Tutela, também, os interesses dos incapazes ou daqueles que não podem se expressar autonomamente. Nessas circunstâncias, deve prevalecer a vontade do representante legal (Diniz, 2014).

O princípio da justiça, por seu turno, preceitua a garantia da distribuição justa, equitativa e universal dos benefícios dos serviços da saúde. O princípio determina o respeito à igualdade entre os benefícios e os encargos prestados pelos serviços médico-hospitalares, assim como a garantia do respeito à condição específica de cada paciente e às suas necessidades (Carvalho apud Silva, 2024; Diniz, 2014).

Assim, sob o ponto de vista ético, a internação compulsória deve ser compreendida como medida extrema, adotada em última instância, cabível apenas diante de risco grave e iminente ao paciente ou a terceiros, quando inexisterem alternativas eficazes de manejo. Sua decretação deve resguardar a dignidade da pessoa, de modo a não restringir direitos além do estritamente necessário e jamais servir como meio de afastamento social, higienização urbana ou de simples alívio do encargo familiar ou estatal.

Em síntese, as perspectivas garantista, antimanicomial e bioética fornecem um pano de fundo normativo-valorativo que realça a gravidade das falhas observadas nas decisões judiciais em análise. Sob a lente dessas correntes, a internação psiquiátrica compulsória sem observância dos requisitos legais e das cautelas devidas representa não apenas um desvio técnico-jurídico, mas também um retrocesso ético e civilizatório, afrontando princípios basilares de ordem jurídica e sanitária brasileira.

## **2 Análise jurídica dos dispositivos da lei 10.216/2001**

Para avaliar o descumprimento normativo, é necessário revisitar os principais dispositivos legais que regem as internações psiquiátricas no Brasil – em especial aqueles inseridos pela Lei 10.216 (Brasil, 2001) – bem como os comandos constitucionais e internacionais aplicáveis.

Essa fundamentação legal evidencia quais são as exigências normativas que deveriam nortear a atuação judicial e administrativa em casos de internação compulsória, e servirá de parâmetro para contrastar com as práticas adotadas.



## 2.1 Direitos das pessoas com transtorno mental e diretrizes gerais

Logo em seu artigo 1º, a Lei 10.216 (Brasil, 2001) consagra que:

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

No mesmo diploma, fica estabelecido o princípio da intervenção mínima, no artigo 2º, parágrafo único, II, quando dispõe que o tratamento visará alcançar a recuperação do paciente, através da sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Art. 2º - Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação **pela** inserção na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, 2001, **grifo nosso**).

Significa dizer que a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade deve ser entendida como instrumento para a recuperação de sua saúde, e não como um fim em si mesma que autorize a adoção de quaisquer meios para alcançá-la.

Esse comando se harmoniza com a diretriz prevista no art. 4º da Lei 10.216 (Brasil, 2001), segundo o qual “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Em outras palavras, a internação psiquiátrica – seja ela voluntária, involuntária ou compulsória – deve ser medida de *ultima ratio*, utilizada apenas após esgotadas as possibilidades terapêuticas em meio aberto (como atendimento no CAPS, medicamentos em ambulatório, acolhimento em serviços residenciais, acompanhamento por equipe multiprofissional etc.). Esse dispositivo legal explicita o caráter excepcional da internação, orientando que o médico e os operadores do direito, avaliem se não haveria alternativa menos drástica para aquele caso.

Corroborando a política de desinstitucionalização, a Lei (Brasil, 2001), em seu art. 4, §3º, veda expressamente a manutenção de estruturas asilares de longa permanência. Em lugar dessas instituições segregadoras, a legislação determinou sua substituição por serviços de saúde mental de base comunitária, como CAPS, unidades de referência em hospitais gerais e residências terapêuticas.

Esses preceitos têm fundamento constitucional. O art. 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988) consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doença e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços.

No campo da saúde mental, acesso igualitário significa que pessoas com transtorno mental devem receber cuidado qualificado sem serem privadas, desnecessariamente, de sua liberdade ou viverem à margem da sociedade.

Ademais, o princípio da dignidade da pessoa humana – art. 1º, III, CF (Brasil, 1988) – e o direito à liberdade (art. 5º, caput) são parâmetros que impõem que eventuais restrições – como uma internação involuntária – sejam pautadas pela legalidade estrita e pela necessidade comprovada, sob fiscalização rigorosa.

## 2.2 Requisitos formais para internação psiquiátrica

A Lei 10.216 define, em seu art. 6º, parágrafo único, os três tipos de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária e compulsória) e prevê em seu *caput*, uma condição prévia comum a todas: “A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (Brasil, 2001). Ou seja, é indispensável que um médico, registrado no CRM, emita um laudo detalhado contendo o diagnóstico ou hipótese diagnóstica, a justificativa clínica para a internação, as tentativas terapêuticas já empreendidas e porque a internação é necessária naquele momento<sup>11</sup>.

Esse laudo circunstanciado é requisito *sine qua non* para embasar a decisão judicial de internação compulsória. Ausente o laudo ou ausente as razões que motivam a internação, como a demonstração do esgotamento das medidas extra-hospitalares como forma de tratamento, a internação torna-se ilegal por faltar seu elemento autorizador básico.

A razão de ser dessa exigência é proteger o paciente contra internações arbitrárias ou motivadas por razões não técnicas (por exemplo, pressões familiares, preconceitos ou mera conveniência estatal). Somente uma avaliação médica qualificada pode atestar a presença de critérios clínicos de gravidade e risco que justifiquem cercear a liberdade do indivíduo para tratamento.

Quanto às modalidades de internação, a lei expõe a **(i)** *internação voluntária*, com consentimento do usuário; **(ii)** *internação involuntária*, sem consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e **(iii)** *internação compulsória*, determinada pela Justiça (Brasil, 2001). Cada qual possui requisitos adicionais.

Na internação voluntária, a lei – art. 7º (Brasil, 2001) – requer que o paciente assine, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime, e garante-lhe o direito de alta a pedido (bastando solicitação escrita) ou por determinação do médico responsável.

A internação involuntária — aquela determinada por decisão médica ou a pedido de familiares ou responsáveis, sem o consentimento do paciente — conta com importante salvaguarda legal: o art. 8º, §1º, da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) estabelece que o responsável técnico do estabelecimento deve comunicar o fato ao Ministério Público Estadual – MP no prazo máximo de 72 horas, garantindo fiscalização externa da medida.

O objetivo desse dispositivo é permitir que o Ministério Público, na condição de defensor de interesses sociais e individuais indisponíveis – CF, art. 127 (Brasil, 1988) –, bem como de *custos legis* – Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), art. 8º, §1º –, exerça controle sobre eventuais internações abusivas, que no passado chegaram a ocultar verdadeiros casos de cárcere privado sob pretexto de tratamento médico (Brasil, 2001).

Tal constatação é corroborada pelo Relatório Nacional de Inspeção em Hospitais Psiquiátricos, que registra (Conselho Federal de Psicologia, 2020, p. 163):

Há de se ressaltar, ainda, que, não raro, a escolha pela internação forçada de pessoas em instituições com características asilares é realizada por motivos alheios à necessidade de atenção à saúde. [...] Internações que ocorrem em desacordo com as diretrizes de saúde e de normas nacionais e internacionais sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais — entre elas, as pessoas

---

<sup>11</sup> Conforme dispõe a Lei nº 10.216/2001, a internação “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (art. 4º) e “somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento” – art. 8º (Brasil, 2001).

com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para além de sua inconstitucionalidade, levantam indícios de crime de sequestro e cárcere privado.

Ainda, o art. 8º, §2º da Lei Antimanicomial (Brasil, 2001) também prevê que a alta na internação involuntária pode ocorrer por solicitação de familiar/responsável ou por indicação do médico, reforçando que a internação não se prolongue além do necessário e que seja igualmente notificada ao Ministério Público (§1º).

Dando sequência ao estudo, passa-se à análise de um dos requisitos formais da Internação compulsória, foco deste estudo, previsto no art. 9º da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), que dispõe: “A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”.

Observe que esta redação impõe duas condições fundamentais para a determinação judicial da medida. A primeira é a necessidade de laudo médico circunstanciado que demonstre a indispensabilidade da internação – requisito já mencionado no art. 6º (Brasil, 2001). A segunda é a avaliação, pelo magistrado, da adequação do estabelecimento, de modo a resguardar tanto o internando quanto terceiros.

Em outras palavras, não basta ao juiz tão somente verificar a condição clínica do paciente, mas ele deve também se certificar de que o estabelecimento para onde está enviando a pessoa possui condições apropriadas de tratamento e segurança.

Tais condições envolvem tanto segurança ambiental (infraestrutura, higiene, controle de portas, ausência de superlotação) quanto segurança terapêutica (equipe capacitada, presença de médico psiquiatra, oferta de atividades terapêuticas) para garantir um tratamento digno e eficaz, sem riscos desnecessários de incidentes, maus-tratos ou violações de direitos dentro da clínica. Essa previsão legal correlaciona-se com a responsabilidade estatal de fiscalizar e autorizar o funcionamento de instituições de saúde mental.

Caso contrário, a internação poderia acarretar situação ainda mais danosa ao paciente – por exemplo, confiná-lo num local sem estrutura, onde pudesse sofrer violência ou negligência.

Na prática, contudo, essas disposições normativas são ignoradas, pois não se verifica, na maioria das decisões, se foram esgotadas as tentativas de tratamento extra-hospitalar, tampouco se o laudo médico apresentado é circunstanciado. Da mesma forma, não há qualquer análise das condições do estabelecimento para o qual o paciente será encaminhado. No município de Aracruz, estado do Espírito Santo, observa-se, inclusive, a transferência de pacientes para municípios distantes, o que dificulta a fiscalização pelo poder público local, pelo magistrado da comarca de origem e pelo Ministério Público da região.

### **3 Estudo empírico: análise das decisões judiciais de Aracruz/es e vícios recorrentes**

Esta seção apresenta a análise empírica de vinte decisões judiciais proferidas pela Vara da Fazenda Pública de Aracruz/ES, entre os anos de 2024 e 2025, em ações de internação compulsória de pessoas com transtornos mentais e/ou dependência química, com determinação de custeio pelo Estado e pelo Município.

A partir da leitura detida desses casos, emergiram padrões de irregularidades que revelam um distanciamento das diretrizes legais discutidas na seção anterior. Os principais vícios identificados foram categorizados em quatro grupos temáticos: (4.1) Falta de fiscalização prévia

das clínicas de internamento; (4.2) Transferência de pacientes para outros municípios; (4.3) Ausência de esgotamento (ou demonstração do esgotamento) prévio de tratamentos extra-hospitalares; e (4.4) Insuficiência de laudo médico circunstanciado.

Nos subitens seguintes, são descritos os achados, ilustrados com exemplos extraídos das decisões proferidas em Aracruz/ES e confrontados com as disposições da Lei nº 10.216/2001 e normas correlatas.

### 3.1 Falta de fiscalização prévia das clínicas de internamento

A Lei 10.216 (Brasil, 2001) impõe que, ao ordenar uma internação compulsória, o juiz considere as condições de segurança do estabelecimento onde o paciente será internado (art. 9º).

Isso implica, no mínimo, verificar se a clínica ou hospital possui habilitação junto aos órgãos de saúde, se atende aos requisitos sanitários e terapêuticos, e se garante a salvaguarda do paciente e dos demais.

Nas decisões de Aracruz analisadas, entretanto, não há qualquer indicativo de que o juízo tenha procedido a essa verificação prévia. Em nenhuma das decisões consta, por exemplo, ofício à Vigilância Sanitária ou à Secretaria de Saúde solicitando informação sobre a regularidade do estabelecimento indicado. Tampouco se registra inspeção judicial ou pedido de parecer técnico sobre as condições da clínica.

Na prática, as decisões limitaram-se a determinar a internação e “fornecimento de vaga”, ficando a cargo da Central de Regulação Estadual (NERI – Núcleo Especial de Regulação de Internação) alocar o paciente em algum leito disponível na rede.

Os documentos do caso indicam que essa alocação ocorreu em todas as vezes em entidades privadas conveniadas ou em hospitais distantes, sem que o juízo questionasse a qualidade dessas instituições. Por exemplo, em decisão referente à paciente T.G.A. (43 anos, usuária de crack), a internação compulsória foi concedida liminarmente e, após alguns dias, o NERI informou a “liberação de vaga” na *Clínica Espaço Vivere Saúde*, situada no município de Anchieta/ES, sendo a paciente, munícipe de Aracruz/ES.

A comunicação eletrônica apenas repassou endereço e contato da clínica, mas não houve qualquer menção a credenciamento ou avaliação da idoneidade do local.

Similarmente, em outro caso (paciente F.F, munícipe de Aracruz/ES, usuário de crack e diagnosticado com esquizofrenia), a vaga disponibilizada foi na Clínica Terapêutica Santa Lúcia, clínica particular, situada no município de Santa Tereza/ES. Não se viu na decisão qualquer preocupação em apurar as condições do local – apenas se ordenou ao Estado que efetivasse a internação sob pena de multa.

Cumpra registrar, de início, que existe um sistema normatizado de cadastramento e credenciamento de estabelecimentos de saúde, que funciona como mecanismo inicial de controle pelo Poder Público.

Esse sistema é regulamentado, em nível federal, pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011 (Brasil, 2011a), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e operacionalizado por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2015), mantido pelo Ministério da Saúde, além das exigências de licenciamento sanitário previstas na RDC Anvisa nº 29/2011 (Brasil, 2011b) para serviços de atenção psicossocial.

Por meio desse procedimento, o gestor público atesta que, no momento da vistoria e análise documental, o estabelecimento cumpre requisitos mínimos de estrutura física, recursos humanos e plano terapêutico. Todavia, esse credenciamento possui caráter meramente declaratório e pontual, não sendo suficiente para garantir que o serviço mantenha padrões adequados de qualidade e respeito aos direitos do paciente ao longo do tempo.

Como ilustração dessa insuficiência, o Relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos — elaborado conjuntamente pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) — inspecionou 40 hospitais psiquiátricos em 17 estados, em dezembro de 2018.

Nessa inspeção, constatou-se que todos apresentavam características asilares e violações de direitos, motivo pelo qual foi recomendada a suspensão de novas internações em todos os estabelecimentos. Dentre as unidades avaliadas, 16 já possuíam indicação prévia de descredenciamento pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) e, entre esses, 12 mantinham pessoas em situação de internação de longa permanência no dia da visita. Ademais, o relatório registrou que duas instituições haviam encerrado suas atividades até a conclusão do Relatório.

Eis por que se impõe fiscalização contínua, inspeções regulares e efetivo controle social, de modo a assegurar que as condições verificadas na habilitação inicial sejam mantidas e aperfeiçoadas, em estrita observância ao art. 9º da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001).

A ausência dessa verificação, portanto, revela violação (in)direta do art. 9º (Brasil, 2001), pois o magistrado não considerou as condições do estabelecimento antes de decretar a medida extrema. As decisões sequer mencionam “condições de segurança”, o que evidencia que esse requisito legal foi simplesmente ignorado.

Sob a ótica garantista, trata-se de falha grave: significa que o Poder Judiciário restringiu a liberdade de um indivíduo sem se assegurar que essa restrição se desse em ambiente adequado. A situação equivale a impor pena privativa de liberdade e encaminhar o condenado a um cárcere insalubre ou clandestino — algo incompatível com os princípios mais elementares do Estado de Direito.

A crítica, portanto, recai sobre a inação fiscalizatória do Judiciário, configurando verdadeira omissão no seu dever de proteção dos direitos fundamentais do paciente internado.

### **3.2 Transferência de pacientes para municípios longínquos**

Outro ponto comum às decisões examinadas foi a internação dos pacientes em locais distantes de seu município de origem (Aracruz). Em todos os casos catalogados, não havia leito disponível em Aracruz (que não possui hospital psiquiátrico nem CAPS III com leitos).

Assim, as internações ocorreram e ocorrem em municípios como Vitória, Vila-Velha, Serra, Cariacica, Anchieta, Cachoeiro de Itapemirim, Santa Teresa, Guarapari, dependendo de onde a vaga era conseguida.

Essa prática de transferir o paciente para outro município dificulta a continuidade do cuidado pela rede local, o controle externo por parte dos atores do sistema de justiça (promotores, defensores e Poder Executivo Municipal) e prejudica o vínculo familiar, pois os parentes têm maior dificuldade de visitar e acompanhar o tratamento.

Nas decisões de Aracruz, observa-se que o magistrado não apenas permitiu essa transferência como a determinou, ao impor que o poder público conseguisse vaga “em instituição adequada, na rede pública ou privada”, pouco importando o local.

Como observa Paulo Amarante, a própria institucionalização/hospitalização:

[...] ganha matizes de um problema a ser enfrentado, na medida em que possibilita a produção de um processo de ‘dependência’ do paciente à instituição, acelerando a perda dos elos comunitários, familiares, sociais e culturais e conduzindo à cronificação e ao ‘hospitalismo’ (Amarante, 2011, p. 42).

Tal constatação evidencia que a simples permanência em ambiente asilar já é suficiente para gerar efeitos deletérios sobre a autonomia e o projeto terapêutico da pessoa. Se assim ocorre em condições ideais de proximidade e monitoramento, ainda mais grave é a internação realizada em localidade distante da família e do núcleo comunitário do paciente, sem fiscalização efetiva dos órgãos de controle (Ministério Público, Defensoria Pública, gestores municipais e o próprio Judiciário).

Nessas circunstâncias, o risco de ruptura definitiva dos vínculos afetivos e sociais é potencializado, favorecendo o isolamento, o sentimento de abandono e a cronificação do sofrimento mental — resultado diametralmente oposto ao que preconiza a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), que tem como um de seus eixos a reinserção social e comunitária.

O fato de as decisões de Aracruz não considerarem alternativas no próprio município ou região imediata (como leitos em hospital geral da microrregião, ou mesmo medidas extra-hospitalares intensivas com suporte familiar) indica uma falha de coordenação da rede e falta de criatividade judicial para soluções menos drásticas.

Em última análise, representa uma postura comodista: preferiu-se “resolver” a questão removendo o paciente do convívio local (longe dos olhos, longe do coração), ao invés de enfrentar o desafio de estruturar o cuidado no território.

Em suma, a sistemática transferência dos pacientes para longe, tal como evidenciada nas decisões (em que Aracruz “exporta” seus casos agudos), dificulta o controle externo — pois o Judiciário e o MP perdem contato direto — e fragiliza o papel da família no processo terapêutico. Em perspectiva crítica, é um arranjo que favorece a lógica manicomial clássica (isolamento geográfico e social do “doente”) em detrimento do paradigma atual (tratamento com inclusão e proximidade).

### **3.3 Ausência laudo médico circunstanciado e de tentativa extra-hospitalar prévia comprovada**

Conforme discorrido na fundamentação legal, a internação psiquiátrica deve ser *ultima ratio*, somente cabendo quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes ou indisponíveis.

Portanto, espera-se que antes de ingressar com uma ação judicial pleiteando internação compulsória, haja ao menos alguma tentativa documentada de tratamento em meio aberto ou de adesão a terapias menos invasivas.

Nas decisões de Aracruz, contudo, verifica-se que em muitos casos não se empreendeu — ou não se comprovou — qualquer tentativa consistente de abordagem extra-hospitalar antes de buscar a internação.

Por exemplo, na ação envolvendo S.G.O. de nº 5003169-19.2025.8.08.0006, a petição inicial registra *ipsis literis* que:

Chegou ao conhecimento desta Promotoria de Justiça a situação crítica de dependência em drogas vivenciada pela jovem S.G.O., de 38 anos de idade. De acordo com os documentos reunidos pelo Ministério Público, S.G.O. faz uso de substâncias químicas há aproximadamente dois anos; mas foi no início de 2025 que a situação começou a se agravar. A genitora da jovem suspeita que o que motivou a filha a iniciar o uso de drogas foi a morte do genitor e o início de um relacionamento amoroso com um rapaz usuário. Consta que S.G.O. tornou-se pessoa agressiva e começou a praticar furtos em casa. Mesmo estando fora de controle, S.G.O. não aceita se submeter a qualquer tipo de tratamento contra a drogadição, demonstrando muita resistência para comparecer a qualquer consulta médica. A genitora possui graves problemas de saúde, faz uso de marca passo, é cardíaca e hipertensa; de forma que não possui mais condições físicas e emocionais para exercer controle sobre as condutas da filha, vivenciando uma situação de medo tanto por sua própria vida, como pela vida da filha. A médica psiquiátrica Dra. B.E.T. avaliou a saúde da requerida durante visita domiciliar e emitiu laudo médico solicitando a internação involuntária de S.G.O.

Ou seja, ainda que a paciente e a família estejam vivenciando uma situação de crise, não se evidencia que se tentou alguma estratégia como Busca Ativa, visita domiciliar, intervenção da equipe de Consultório de Rua, oferta de tratamento ambulatorial com medicação etc. A decisão judicial, ao fundamentar, citou corretamente que a internação é *ultima ratio* e que “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, mas não cobrou especificamente nenhuma comprovação dessa insuficiência além do relato da família e do laudo médico recomendando internação.

Em suma, presumiu-se que os recursos extra-hospitalares não bastavam, possivelmente pelo histórico de crise, mas sem exigir que tivessem sido demonstrados no caso presente.

Observa-se que nenhum dos autos analisados apresenta documentos como planos terapêuticos individualizados prévios ou relatos pormenorizados de intervenções comunitárias frustradas, além do próprio laudo que solicita a internação. De modo geral, os laudos circunstanciados limitam-se a descrever o diagnóstico e recomendar a internação em razão dos sintomas e riscos identificados, sem indicar de forma expressa que foram esgotadas alternativas extra-hospitalares.

Essa lacuna — a ausência de registro de que “as medidas X e Y foram tentadas sem êxito” — compromete a demonstração da excepcionalidade da medida e a adequada fundamentação do esgotamento dos recursos extra-hospitalares, condição *sine qua non* da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) para legitimar a internação compulsória.

Sabe-se que o Superior Tribunal de Justiça (Brasil, 2023) sustenta que a internação compulsória não exige o esgotamento absoluto de todas as alternativas terapêuticas, mas requer, ao menos, a avaliação e declaração médica circunstanciada de que nenhuma outra medida é viável naquele momento:

HABEAS CORPUS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. POSSIBILIDADE. DECISÃO MONOCRÁTICA DE RELATOR ORIGINÁRIO. JUÍZO PERFUNCTÓRIO. SUPRESSÃO DE INSTÂNCIA. SÚMULA Nº 691/STF. INCIDÊNCIA. 1. O propósito do habeas corpus é afastar ordem judicial de internação compulsória de paciente proferida por juízo de primeira instância e mantida por decisão monocrática de relator originário. 2. Na hipótese, ausente flagrante ilegalidade apta a relativizar a Súmula nº 691 do Supremo Tribunal Federal, circunstância que ensejaria supressão de instância. 3. A internação

compulsória de dependente de drogas não é medida preventiva e deve ser a última opção adotada após o esgotamento das possibilidades de tratamento extra-hospitalares ou auxílio clínico, consoante o teor dos arts. 4º, 6º e 9º da Lei nº 10.216/2001. 4. A lei excepciona a aplicação dos recursos extra-hospitalares quando demonstrada a efetiva insuficiência de tais medidas, como devidamente constatado pelas vias ordinárias. Precedentes. 5. Habeas corpus não conhecido. STJ - HC: 766226 SP 2022/0266713-1, Data de Julgamento: 07/02/2023, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 02/03/2023 (Brasil, 2023, online).

Significa dizer que alegar isso de forma genérica, sem explicitar quais alternativas foram consideradas e porque se mostraram inviáveis, é argumento vazio e potencialmente perigoso. Isto pois, pode transformar-se em discurso legitimador de internações automáticas, afastando a observância rigorosa dos requisitos do art. 6º da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001) e violando o princípio da excepcionalidade que deve reger a restrição de liberdade em saúde mental.

Essa facilidade em se conceder a internação compulsória sem “passagem” prévia pelos recursos comunitários representa um afrouxamento do devido processo substantivo exigido pela lei. Se a lei requer a insuficiência dos recursos extra-hospitalares, tal insuficiência deve ser demonstrada, e não apenas alegada. A ausência dessa demonstração configura, em última análise, ofensa ao princípio da proporcionalidade, porquanto se impõe uma medida mais gravosa (internação) possivelmente quando medidas menos gravosas (tratamento intensivo no CAPS, por exemplo) poderiam ter sido eficazes.

Quanto ao laudo médico circunstanciado previsto no art. 6º da Lei 10.216 (Brasil, 2001), notou-se, em diversas decisões de Aracruz/ES, que o laudo apresentado era incompleto ou genérico.

E sobre o conceito de laudo médico circunstanciado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), na sua Resolução 2.381/2024 (CFM, 2024) estabelece em seu art. 4º, VII que trata-se de “documento exarado por médico que presta ou prestou atendimento ao(à) paciente, com data do início do acompanhamento; resumo do quadro evolutivo, remissão e/ou recidiva; terapêutica empregada e/ou indicada; diagnóstico (CID) e prognóstico”.

Como exemplo, em um dos processos analisados (caso de T.G.A., 43 anos), o relatório médico circunstanciado apresentado contém a seguinte descrição:

Declaro para os devidos fins que Tatiana Gomes de Assis, feminino, 43 anos de idade, faz tratamento no CAPS II/Saúde Mental de Aracruz. Apresenta quadro clínico compatível com CID10 F19.2. Paciente refere uso diário de crack e maconha há 2 meses, evoluindo com alucinações, tristeza recorrente, pensamentos negativos. Ao exame psíquico: cooperativa; paciente bem vestida, higienizada; insight: presente; euforia; alerta; orientação alopsíquica: preservada; orientação autopsíquica: preservada; pensamento de curso normal e conexo; eulália com volume adequado; pragmatismo: presente; com alucinações; sem pensamento suicida; eutímica; afeto normomodulado e congruente com humor; psicomotricidade: eucinéica; sem estereotípias. Em uso irregular de: prometazina, diazepam, risperidona, sertralina, clorpromazina e carbonato de lítio.

A despeito de preencher alguns dos elementos formais exigidos pela Resolução CFM nº 2.381 (CFM, 2024) — como diagnóstico, descrição sumária do quadro e medicações em uso — o relatório não apresenta elementos essenciais para justificar uma internação compulsória.

Em primeiro lugar, não há descrição de risco concreto e iminente para a própria paciente ou para terceiros: o documento, embora mencione alucinações e tristeza recorrente, registra que a



paciente está eutímica, orientada, cooperativa e sem ideação suicida, o que fragiliza o fundamento de urgência para privação de liberdade.

Em segundo lugar, não há demonstração da insuficiência de medidas extra-hospitalares, pois não se relata se foram tentadas estratégias de intensificação do acompanhamento no CAPS — como visitas domiciliares ou intervenções da assistência social — nem se explica por que tais medidas seriam inviáveis naquele momento.

A ausência ou insuficiência de laudo compromete também a avaliação da proporcionalidade e necessidade pelo juiz. Sem um laudo robusto, o magistrado baseia-se principalmente no relato do familiar/requerente e na manifestação favorável do Ministério Público (que por sua vez também depende do laudo para opinar tecnicamente). Torna-se uma decisão quase que unilateral, fundamentada mais no senso comum (situação de grave sofrimento mental) do que em evidência médica bem documentada.

Isso subverte a lógica: a internação compulsória deveria ser uma medida técnica, e não segregatória, punitiva, higienista e disciplinar. O laudo é justamente o elemento que demarca o caráter terapêutico da intervenção, ao explicar por que clinicamente o paciente necessita daquele nível de cuidado.

Se tal explicação não está clara ou não foi sequer fornecida, corre-se o risco de a internação servir a outros propósitos (retirar um indivíduo incômodo das ruas, atender ao apelo emocional da família etc.).

No contexto dos casos estudados, a falta de laudo circunstanciado pode indicar duas coisas: (1) ou há deficiência de recursos — por exemplo, municípios onde não há psiquiatra disponível para fazer um laudo completo e acaba-se aceitando um relatório sucinto do CAPS; (2) ou houve desleixo processual — isto é, a autoridade judicial não exigiu o documento apropriado antes de decidir. Ambos refletem negativamente no sistema: o primeiro, uma precariedade estrutural; o segundo, uma inobservância das garantias legais.

Em síntese, o estudo empírico das decisões judiciais de Aracruz/ES revelou um quadro preocupante de descumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), com múltiplas falhas que incluem a ausência de fiscalização das clínicas, o deslocamento de pacientes para localidades distantes, o não esgotamento de medidas em liberdade e fragilidades na base técnico-médica das decisões. Esses achados evidenciam um claro descompasso entre o discurso legal garantidor e a prática judicial.

## Considerações Finais

A análise realizada demonstrou que, apesar do avanço normativo representado pela Lei 10.216 (Brasil, 2001), a prática forense na comarca de Aracruz/ES ainda está distante do ideal garantista e antimanicomial que inspirou a Reforma Psiquiátrica. Os casos examinados revelaram reiteradas falhas estruturais e processuais: inexistência de fiscalização prévia das clínicas, alocação de pacientes em municípios distantes — dificultando o vínculo familiar e o controle social —, ausência de comprovação do esgotamento de recursos extra-hospitalares e laudos médicos circunstanciados incompletos ou genéricos.

Esse cenário evidencia uma tendência preocupante de banalização da internação compulsória, convertendo uma medida excepcional em resposta automática aos conflitos sociais e familiares que envolvem pessoas em sofrimento psíquico. Tal prática esvazia a função garantista

da Lei 10.216 (Brasil, 2001), fragiliza o devido processo legal substantivo e coloca em risco direitos fundamentais como liberdade, dignidade e integridade psíquica.

Do ponto de vista ético e sanitário, a escolha por medidas de afastamento sem o devido rigor técnico-jurídico perpetua a lógica manicomial e compromete os objetivos de reabilitação psicossocial, favorecendo a cronificação do sofrimento e o isolamento do paciente. O Poder Judiciário, ao deixar de exigir laudos completos e de fiscalizar as condições dos estabelecimentos, abdica de seu papel de guardião das garantias fundamentais e se aproxima de uma atuação meramente homologatória.

Para alinhar a prática local aos princípios da Reforma Psiquiátrica e às diretrizes constitucionais, recomenda-se: (i) exigência sistemática de laudo médico circunstanciado completo, com descrição de tentativas terapêuticas prévias e justificativa clínica para a internação; (ii) verificação judicial ou administrativa das condições de segurança e qualidade do estabelecimento antes da determinação da medida; (iii) incentivo à criação de leitos em hospitais gerais e CAPS III regionais, para evitar deslocamentos desnecessários; (iv) fixação de prazos de reavaliação judicial das internações, com relatórios periódicos enviados ao juízo e ao Ministério Público; e (v) fortalecimento do controle social e do diálogo interinstitucional, assegurando transparência e participação da comunidade.

Somente mediante tais ajustes será possível fazer da internação compulsória um instrumento verdadeiramente excepcional, voltado ao cuidado, e não ao simples confinamento. Ao resgatar o caráter garantista da Lei 10.216 (Brasil, 2001), o sistema de justiça contribui para uma política de saúde mental que seja ao mesmo tempo efetiva, ética e respeitosa da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico.

## Referências

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. IN: AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/9kdvf>. Acesso em: 17 set. 2025.

BOBBIO, Norberto. **Teoría general del Derecho**. 2. ed. Madrid: Debate, 1991.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil: 18/5 – Dia Nacional da Luta Antimanicomial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/>. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. 2011b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html). Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.646, de 2 de outubro de 2015**. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646\\_02\\_10\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html). Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). 2011a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (3ª Turma). **Habeas Corpus nº 766.226/SP (2022/0266713-1)**. Relator Ministra Nancy Andrighi; Relator p/ acórdão Min. Ricardo Villas Bôas Cueva. Julgado em 7 fev. 2023. Brasília, 2 mar. 2023. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/sites/porta1p/Comunicacao/noticias/Habeas-Corpus-766226>. Acesso em: 17 set. 2025.

CARVALHO, Paulo de Barros. **Curso de direito tributário**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM Nº 2.381/2024**. Normatiza a emissão de documentos médicos e dá outras providências. 2024. Disponível em: [https://crmpi.org.br/wp-content/uploads/2024/07/2381\\_2024.pdf](https://crmpi.org.br/wp-content/uploads/2024/07/2381_2024.pdf). Acesso em: 17 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional**. 2. ed. Brasília: CFP, 2020. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3\\_ly\\_RelatorioInspecaoHospPsic-ContraCapa-Final\\_v2Web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsic-ContraCapa-Final_v2Web.pdf). Acesso em: 15 set. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório de Inspeção Nacional: Manicômios Judiciários**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/relatorio-sobre-manicomios-judiciarios-denuncia-graves-violacoes-de-diretos/>. Acesso em: 13 set. 2025.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

FERRAJOLI, Luigi. **Diritto e ragione: teoria del garantismo penale**. 11. ed. Bari: Laterza, 2018.

FERRAZ JUNIOR, Tércio Sampaio. **Teoria da norma jurídica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

FIGUEIREDO, Carolina. MPSP instaura inquérito contra Prefeitura por internações involuntárias na Cracolândia. **Cnn Brasil**, São Paulo, 14 jun. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/mpsp-instaura-inquerito-contraprefeitura-por-internacoes-involuntarias-na-cracolandia/>. Acesso em: 13 set. 2025.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

KELSEN, Hans. **Teoria geral das normas**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

KELSEN, Hans. **Teoria pura do Direito**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

KIST, C.; TANJI, T. Políticas higienistas nas cidades podem apenas esconder problemas. **Galileu**, 26 mai. 2017. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/Revista/noticia/2017/05/o-que-voce-faz-para-mudar-sua-cidade.html>. Acesso em: 13 set. 2025

LASSALLE, Ferdinand. **A essência da Constituição**. 6. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2001.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS); ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Declaración de Caracas**: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Caracas: OPS/OMS, 1990. Disponível em: [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf). Acesso em: 13 set. 2025.

SILVA, Josimário. **Deliberação moral e tomada de decisão em bioética clínica**. 2. ed. Recife: Plena Voz, 2024.

Informação bibliográfica deste texto, conforme a NBR 6023:2018 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

---

FRAGA, Yasmin Ferreira Rebonato; NUNES, Silvio Gabriel Serrano. Descumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica em decisões judiciais no município de Aracruz, Estado do Espírito Santo: Análise crítica. **Revista Brasileira de Direito Constitucional**, vol. 25, jan./dez. 2025), pp. 220-239. São Paulo: ESDC, 2025. ISSN: 1983-2303 (eletrônica).

---

Recebido em 03/10/2025

Aprovado em 25/10/2025



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt-br>